14

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1888, à 1 heure

Par P. LOISNEL

Né à Lisieux le 23 mai 1862

ÉTUDE

SUR LE

FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges : MM. { DAMASCHINO, *professeur.*
RAYMOND, JALAGUIER, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HANRIOT	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	HUTINEL	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JALAGUIER	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	JOFFROY	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	KIRMISSON	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	LANDOUZY		VILLEJEAN
DEJÉRINE	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Membre de la Société de chirurgie

A MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Membre de la Société de chirurgie

ÉTUDE

SUR

LES FIBROMES

DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Depuis quelques années, les tumeurs de l'abdomen ont été de la part des chirurgiens l'objet d'une étude toute particulière. Lorsque l'on compare l'état actuel de nos connaissances sur cette question avec celles de nos devanciers, on ne peut qu'admirer les efforts faits dans cette voie pour arracher à la mort ou à une situation misérable de pauvres malades dont la vie devait cesser, faute de soins, ou demeurer une source de douleur et de tourment. Il est vrai que la prudence a été le conseiller de nos anciens maîtres, et qu'en écartant de leur esprit toute idée d'intervention, ils restreignaient le champ de l'expérimentation et se privaient des renseignements fournis par l'anatomie pathologique. Mais derrière toutes leurs hésitations se trouvait la crainte de la séreuse péritonéale, qu'ils regardaient comme un véritable *noli me tangere*. Une méthode nouvelle de pansement apparaît, les hardiesses chirurgicales prennent naissance avec elle, et bientôt l'abdo-

men devient pour la chirurgie un nouveau domaine. Une expérience basée sur des interventions répétées permet de conclure que le péritoine n'a pas une susceptibilité particulière, et est accessible aux instruments tranchants. C'est là une des merveilles de l'antisepsie.

Des opérations pratiquées sur les organes intra-abdominaux à celles que l'on pouvait tenter avec succès sur les tumeurs intra-pariétales, il n'y avait qu'un pas à faire. Des observations remontant seulement à 1850 révèlent dans les parois de l'abdomen la présence d'une tumeur qui a de nombreux rapports cliniques avec le fibrome. Mais ce n'est que dans ces dernières années qu'une étude sérieuse de cette néoplasie a été faite et que le traitement, bénéficiant des recherches qu'il a lui-même facilitées, est entré dans une phase vraiment digne de la chirurgie actuelle. Nul doute qu'avant 1850, il n'y ait eu des malades atteints de fibrome de la paroi abdominale, mais les auteurs n'en parlent pas dans leurs ouvrages.

Nous avons été assez heureux pour observer dans le service de M. Tillaux trois malades. Guidé par les conseils toujours bienveillants de notre excellent maître, nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude des fibromes de la paroi abdominale antérieure.

Nous témoignons toute notre reconnaissance à notre cher maître, M. Tillaux, dont l'enseignement sera pour nous un guide précieux dans notre carrière chirurgicale.

Que M. le Dr Bucquoy me permette d'associer son nom à celui de M. Tillaux, nous ne saurions trop le remercier des excellents conseils qu'il nous a donnés au cours de nos études médicales.

Nous prions M. le professeur Guyon qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

DELIMITATION ET DIVISION DU SUJET

Les tumeurs fibreuses de l'abdomen prennent naissance soit aux dépens des parties osseuses du bassin, soit aux dépens des parties molles. Celles-ci fort épaisses en arrière peuvent, avec la colonne vertébrale, être le siége de tumeurs diverses parmi lesquelles se rencontre le fibrome. Nous ne nous occuperons dans notre étude que des fibromes situés dans la paroi abdominale antérieure, et seulement de ceux qui se développent dans les parties molles. Après avoir résumé les opinions des auteurs et traité l'intéressante question de l'historique de cette néoplasie, nous nous efforcerons par son étude anatomo-pathologique, de jeter quelque lumière sur sa pathogénie.

Conciliant l'état de nos connaissances sur les symptômes cliniques avec les ressources de la thérapeutique, nous essayerons de tracer de cette affection un tableau aussi complet que possible, et nous terminerons notre travail par l'étude du traitement, nous proposant d'insister particulièrement sur ce point.

HISTORIQUE

L'étude du fibrome de la paroi abdominale est de date relativement récente. Il est étonnant que les anciens chirurgiens n'aient pas observé cette variété de néoplasie ou plutôt n'en aient pas publié des observations. Sans doute la crainte de la séreuse péritonéale en écartant de leur esprit toute idée d'intervention, a contribué pour une large part à cette espèce d'indifférence vis-à-vis de cette tumeur. Il eût été intéressant de remonter loin dans son histoire ; malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons pu trouver une seule observation antérieure à 1850.

Le premier malade atteint de fibrome de la paroi, fut opéré en 1845 par Michon, mais ce n'est seulement qu'en 1860 qu'il parla de son malade à la Société de chirurgie.

La première publication appartient à M. Sappey (1850). La même année, Limange publie un second cas de fibrome. Une période de dix ans s'écoule durant laquelle les faits observés restent dans l'ombre. Il faut arriver à la séancee du 22 août 1860 de la Société de chirurgie pour voir MM. Hugier, Verneuil, Michon, Chassaignac faire de cette néoplasie l'objet d'une intéressante discussion et raconter l'histoire de leurs malades. L'année suivante, Bodin rapporte dans sa thèse

inaugurale les faits qui appartiennent à la pratique de Huguier, et fait le premier travail important sur la question. En France, paraissent les observations de Nélaton, de Gosselin, de Letailleur d'Alençon, de Chairon, du professeur Panas ; à l'étranger, Baker-Brown, Hulke, Billroth, Suadicani apportent des documents nouveaux. Salesses fait alors de l'étude du fibrome de la paroi abdominale le sujet de sa thèse (Paris 1876) et expose dans son travail l'opinion des auteurs à cette époque. L'année suivante, toutes les observations sont reprises par un chirurgien éminent, comparées à celles des tumeurs fibreuses situées dans la région cervico-dorsale.

De cette étude naît une opinion nouvelle sur la pathogénie de la maladie, opinion qui jette une vive lumière sur cette question et mérite d'être conservée comme étant la plus conforme aux données de l'anatomie et de la clinique. Ces précieux renseignements, nous les avons puisés dans le mémoire que M. le professeur Guyon publia en 1877. En Allemagne, Langenbeck, Cornil de Riel, Santessons, Esmarch, Billroth, publient des observations que nous trouvons réunies dans la thèse de Suadicani. Thomas de New-York, Hanks, Cornelius Williams, Rokistansky représentent à l'étranger les chirurgiens qui ont porté à la connaissance du public médical les faits de leur paratique. En France nous trouvons les noms de Bard de Lyon, de Nicaise dont le mémoire mérite une citation particulière, de Guerrier, de Verneuil, de Péan. M. Terrillon, en 1886 publie un important travail sur le traitement

du fibrome de la paroi abdominale ; la même année paraît la thèse de Damalix.

Les faits les plus récents sont ceux de MM. Mollière de Lyon, et Tillaux, que l'on trouvera en tête des observations que nous avons pu réunir dans cette thèse.

ÉTIOLOGIE

Sous quelle influence se développe le fibrome de la paroi abdominale ? Tous les auteurs semblent être d'accord sur un point : la grossesse. Il est vrai que la plupart des malades qui se sont présentées à l'observation sont des femmes, mères d'un ou plusieurs enfants. On n'a même pas craint d'affirmer, après Nélaton, que cette néoplasie n'appartenait qu'au sexe féminin ; mais MM. Sappey, Limange et Verneuil ont publié chacun une observation relative à des hommes. Il est donc plus juste de dire que le fibrome de la paroi se rencontre dans les deux sexes, mais avec une fréquence beaucoup plus grande dans le sexe féminin.

Il résulte dès maintenant que l'on ne peut rattacher l'apparition de la tumeur à une cause unique ; l'état puerpéral. Sans doute on ne peut nier la valeur des chiffres ; la maternité a presque toujours précédé le développement de la tumeur ou a coïncidé avec lui. Mais, quelle explication donner de ces cas dans lesquels il s'agit de jeunes filles vierges, de femmes nullipares, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de sujets appartenant au sexe masculin ? L'état puerpéral, il est vrai, prédispose les femmes aux maladies, mais ne peut-on, dans le cas qui nous occupe, regarder la grossesse comme une cause purement mécanique, comme un traumatisme lent qui, par l'irritation des parois abdominales, détermine dans leur épaisseur un travail néoplasique ? Par le fait de la distension ne

voit-on pas au cours de la grossesse les muscles et les aponévroses s'amincir, des éraillures se produire dans le derme et donner naissance aux vergetures de la peau ? L'utérus gravide joue le rôle d'un corps étranger, d'une tumeur qui, par son volume et son poids, lutte contre la barrière que lui oppose la paroi. Sous cette influence ne peut-il se produire dans la couche musculo-aponévrotique une éraillure, une petite rupture musculaire, ou un travail inflammatoire du tissu conjonctif qui va devenir le point de départ de la néoplasie? Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse et l'anatomie pathologique n'a pas prononcé à cet égard. Mais, si nous ignorons la nature de la lésion intrapariétale, nous pouvons en revanche dire que la grossesse n'agit que mécaniquement par distension, l'état puerpéral ne jouant qu'un rôle secondaire. Un fait nous paraît plaider en faveur de cette opinion : une malade de M. Tillaux, jeune fille vierge, était atteinte d'un kyste de l'ovaire, la malade est opérée et guérit en peu de jours. Relevée de son ovariotomie, elle s'aperçoit qu'elle porte dans le flanc gauche une petite tumeur ; notre maître diagnostique un fibrome de la paroi abdominale. L'interprétation de ce fait nous paraît facile : le traumatisme opératoire a porté sur la ligne médiane et n'a présenté aucune difficulté, on peut donc écarter l'idée que l'acte chirurgical a été le point de départ de la tumeur. N'est-il pas, au contraire, plus vraisemblable de rattacher l'apparition du néoplasme à une période antérieure à l'intervention, de dire que le kyste a joué le rôle d'un utérus gravide, et que de

la lutte continuelle entre la tumeur et la paroi est née une lésion intra-pariétale qui a été le siége du développement néoplasique.

D'ailleurs cette lésion sinon démontrée, du moins probable, n'est pas purement hypothétique, comme le prouve un fait relaté par Bodin dans sa thèse. Il s'agit d'une femme qui à la suite d'un violent effort suivi d'un craquement nettement perçu par elle, vit apparaître une tumeur dans le point où se produisit le craquement; l'examen permit de diagnostiquer un fibrome.

De ces faits, il semble résulter que l'utérus gravide et les tumeurs intra-abdominales exercent sur les parois une action mécanique qui peut provoquer des désordres de nature inconnue, mais propres à devenir le point de départ de la néoplasie qui fait l'objet de notre étude.

Dans d'autres cas le traumatisme est de cause externe. Huguier observa une malade qui trois semaines après avoir reçu un coup sur la partie gauche de l'épigastre, vit en ce point apparaître sa tumeur. Quoique les observations relatives à des hommes ne mentionnent aucun traumatisme, il est probable que c'est à cette cause, ou à un effort, qu'il faille rattacher l'étiologie du néoplasme.

Ajoutons enfin que la jeunesse et la vieillesse semble être à l'abri de cette néoplasie, et que c'est surtout à la période d'activité sexuelle de la femme qu'elle a été signalée le plus souvent. Quant à l'hérédité, la syphilis et la tuberculose, elles n'ont été notées dans aucun cas et paraissent devoir rester hors de cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La paroi de l'abdomen offre au développement du fibrome un champ assez vaste. Il semble d'après le relevé des observations que nous avons sous les yeux, que le côté droit soit atteint de préférence ; mais ce n'est pas là une règle, et l'on ne peut songer à faire de cette situation fréquente à droite un caractère propre à cette tumeur. Il est plus juste de dire que les deux côtés se partagent à peu près également le nombre des cas signalés jusqu'à ce jour. Il n'en est pas de même relativement aux diverses régions anatomiques. C'est ainsi que les faits les plus rares ont trait à des fibromes situés au-dessous du rebord des fausses côtes et on peut, par gradation ascendante établir comme il suit l'ordre de fréquence dans les différents points de l'abdomen : ligne médiane et de préférence la région sous ombilicale, muscle droit antérieur avec sa gaîne aponévrotique, région inguinale.

Quant à la situation du fibrome par rapport aux différents plans qui composent la paroi abdominale, elle est également sujette à des variations. Rarement sous-cutané, le fibrome s'observe de préférence au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, dans l'épaisseur des muscles ou le tissu conjonctif qui les entoure, enfin en avant du péritoine. On peut d'après cela établir trois catégories de fibromes : le fibrome

sous-cutané, le fibrome sous-aponévrotique, le fibrome sous-péritonéal ; ces deux dernières variétés se confondent souvent au point que l'on ne peut affirmer le point où la tumeur s'est développée.

La forme du fibrome prend en général un aspect ovalaire ou d'une masse arrondie ; il est commun cependant de reconnaître un grand et un petit diamètre ; l'épaisseur est moindre que la longueur et la largeur. La surface est lisse, rarement mamelonnée ; dans quelques cas on a vu la tumeur étranglée à la partie médiane et ressembler à un sablier ; en général on peut comparer sa forme à celle d'un galet. Le poids subit les variations du volume ; ce dernier peut varier depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une tête d'adulte et même la surpasser. La consistance est uniformément ferme, nous l'étudierons plus particulièrement à l'étude de la symptomatologie.

Une question aussi intéressante que difficile à résoudre est assurément celle de la pathogénie de ce néoplasme. Nélaton, se basant sur l'insertion du pédicule en un point osseux du bassin donnait au fibrome une origine périostique. En 1878, M. Nicaise présente à la Société de chirurgie un cas et conclut à l'origine périostique de la tumeur ; « on est en droit de supposer, dit-il, qu'elle a pris naissance sur le périoste de la crête iliaque au niveau des insertions aponévrotiques des muscles de l'abdomen, et qu'ensuite elle a continué à se developper en suivant ces aponévroses. » M. Guyon dans le mémoire que nous avons déjà cité arrive à une conception plus juste sur la pathogénie de ces tumeurs.

Considérant leur union avec les aponévroses, il est porté à croire qu'elles se développent aux dépens du tissu conjonctif et particulièrement aux dépens du *fascia transversalis*. On a émis l'hypothèse d'un développement aponévrotique. M. Lagrange, dans un travail lu à la Société anatomique (1885), exprime l'opinion que les néoplasmes sont fréquents au niveau et à côté des aponévroses, parce qu'on y trouve toujours une couche relativement épaisse de tissu conjonctif très propre à leur développement. Il conclut de ses observations personnelles que les organes fibreux, aponévroses, tendons, ligaments, sont un terrain éminemment défavorable au développement des néoplasmes. M. Cornil dans la même séance, appuie cette opinion de son autorité et de sa compétence par cette phrase (les tissus fibreux, en tant que faisceaux définitifs, peuvent ne pas être très propres à donner naissance à des tumeurs). D'ailleurs quelle pathogénie reconnaître aux fibromes qui restent enfermés dans l'épaisseur du muscle et n'ont avec l'aponévrose aucune connexion ? L'anatomie nous montre le tissu conjonctif entourant tous les muscles et leur formant une gaîne générale appelée périmysium externe. De la périphérie, ce tissu conjonctif pénètre dans leur épaisseur, s'insinuant d'abord entre les faisceaux principaux, puis entre les faisceaux secondaires et les fascicules dont ils se composent. Il est évident que c'est aux dépens de ce tissu conjonctif intra-musculaire que se développe le fibrome, la nature même du néoplasme l'indique. Pourquoi ne pas étendre cette interprétation à tous les faits. De bonne

heure, on le sait, la tumeur tend à contracter avec le péritoine des adhérences intimes qui prouvent assez le point de départ rapproché de la masse morbide. Or, entre le *fascia transversalis* et la séreuse abdominale, se trouve une couche épaisse de tissu cellulaire qui à la partie inférieure de l'abdomen se condense et prend l'aspect d'une membrane à laquelle A. Cooper a donné le nom de *fascia propria*. Cette membrane sert en quelque sorte de doublure au *fascia transversalis* et au péritoine ; des observations assez nombreuses nous montrent le fibrome compris dans ce tissu sous-péritonéal, adhérent au péritoine, confondu avec le *fascia transversalis*, et contractant des adhérences intimes avec les différentes couches de la paroi. M. Nicaise, observant une coupe d'une tumeur de ce genre, trouva un large faisceau fibreux se prolongeant dans son intérieur ; c'étaient, dit-il, les aponévroses du petit oblique et du transverse, lieu d'origine de la tumeur. Nous n'avons pas en anatomie-pathologique une compétence suffisante pour que nous nous permettions d'élever la voix et de fixer un siége précis au développement de cette néoplasie. Nous n'osons refuser à cette tumeur une origine aponévrotique alors que nous voyons cette opinion soutenue par des chirurgiens éminents. Mais, comme le dit M. Lagrange dans sa communication à la Société d'anatomie, les aponévroses sont toujours entourées d'une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif ; nous nous contenterons de soumettre à l'appréciation de nos maîtres la proposition suivante : le fibrome de la paroi abdominale se développe aux

dépens du tissu conjonctif, et particulièrement aux dépens du *fascia propria ;* les aponévroses ne participent que secondairement à la formation de la tumeur ; lorsqu'elle est entièrement comprise dans l'épaisseur des muscles, elle n'a pu prendre naissance que dans le tissu conjonctif qui entoure les faisceaux musculaires.

Une autre question non moins intéressante, est celle qui est relative au pédicule. Disons d'abord que ce mot pédicule nous paraît pris complétement hors de son acception propre lorsqu'on l'applique au prolongement qui semble partir de la tumeur pour se fixer aux os du bassin. On dit en général qu'une tumeur est pédiculée lorsqu'elle est indépendante de connexions sur toute sa surface excepté en un point rétréci qui la relie à l'organe sur lequel elle s'est développée, et lui fournit seul les matériaux propres à sa nutrition. Or, la première de ces conditions est absolument étrangère au fibrome de la paroi abdominale qui au contraire est parfois séparé difficilement des tissus qui l'environnent. Quant à la nutrition de la tumeur, Nélaton pensait avec Gosselin et Huguier qu'elle se faisait à l'aide des vaisseaux contenus dans le pédicule. On a trouvé il est vrai dans plusieurs cas des vaisseaux assez volumineux dans l'épaisseur de ce pédicule, mais les résultats opératoires obtenus par la simple section faite dans l'espoir de voir la tumeur diminuer, semblent bien prouver que le néoplasme puise aux dépens des tissus voisins une bonne partie des matériaux nécessaires à son développement. Nous dirons donc que les vaisseaux

intra-pédiculaires, si nous pouvons nous servir de cette expression, sont insuffisants à la nutrition de la tumeur et peuvent s'être développés secondairement.

Les opérations faites depuis plusieurs années, démontrent que ce pédicule n'est le plus souvent qu'une interprétation fausse du sens du toucher, et n'existe pas en réalité. Dans le cas de M. Panas, il existait toutefois une connexion intime de la tumeur avec le ligament de Fallope ; mais, comme le fait remarquer M. Damalix dans sa thèse, on peut encore invoquer un développement secondaire du pédicule, qui, s'éloignant peu à peu de la tumeur où il a pris naissance, finit par contracter une union intime avec les parties voisines.

Comment donc interpréter la sensation fournie par le palper si le pédicule n'existe pas, ou bien à quoi est-elle due s'il existe un prolongement fibreux constaté pendant l'opération Comme M. Tillaux, nous demanderons à l'anatomie l'explication du premier cas. Le *fascia iliaca* arrivé au niveau de la crête iliaque, se continue en dehors avec l'aponévrose du grand oblique, et donne naissance en dedans au *fascia transversalis*. Il en résulte qu'au niveau de la crête iliaque, il existe une sorte de loge aponévrotique très résistante ouverte seulement en dedans et qui comprend dans son épaisseur les muscles de la paroi abdominale. On conçoit dès lors qu'un corps étranger, comme une tumeur, interposé entre les deux lames aponévrotiques en augmente la tension et donne au doigt la sensation d'une corde tendue. On peut expérimentalement arriver au

même résultat en plaçant un corps à surface lisse, ovalaire, entre deux membranes légèrement extensibles et tendues sur un cadre; en promenant l'extrémité des doigts sur une des membranes, on sent que la tension n'est pas égale en tous les points, qu'une partie plus résistante se présente comme une bandelette s'étendant de l'extrémité du plus grand axe du corps étranger au cadre. Ne peut-on pas considérer aussi le pédicule comme dû au soulèvement des parties situées au-dessus de la tumeur. Lorsque le néoplasme siége dans le muscle transverse, il est généralement très rapproché de l'épine iliaque; or, le muscle transverse vient s'insérer sur ce point osseux par des fibres tendineuses très courtes. Si donc, on tire sur la tumeur de façon à la ramener vers la ligne médiane, on tend les tissus situés entre elle et la crête iliaque, et l'on a la sensation d'un cordon résistant qui n'est autre que le pédicule.

L'opération dans le second cas nous révèle l'existence d'une bandelette fibreuse qui se continue avec l'aponévrose, ou se présente sous la forme d'un tissu cicatriciel. Les aponévroses ayant une vitalité qui leur est propre, étant pourvues d'artères et de veines, on conçoit qu'elles puissent s'associer à toutes les inflammations des parties qui les entourent; elles peuvent par excès de travail s'hypertrophier comme tout autre organe. C'est là nous semble-t-il, la cause de l'épaisissement de l'aponévrose sous l'influence de la tension exagérée que lui imprime le néoplasme. Quant à ces adhérences mal limitées qui constituent un faux

pédicule, ne sont-elles point le fait d'un travail inflammatoire?

Nous nous sommes étendus longuement sur la question de la pathogénie de cette tumeur et sur la question du pédicule; si nous sommes entrés dans d'aussi longs détails, c'est en raison même de l'importance que les chirurgiens ont accordée à ces deux points. Voyons maintenant la structure du néoplasme.

Sur une coupe, le fibrome présente une surface blanche, légèrement grisâtre. Le tissu dur et résistant crie sous le scalpel et paraît formé de fibres entrecroisées en divers sens. Dans plusieurs cas on a signalé des stries rougeâtres, et de petits points rouges d'autant plus visibles qu'ils contrastaient par leur couleur sur celle du tissu environnant; on a également constaté entre les cloisons fibreuses des incrustations calcaires.

Les vaisseaux sont peu abondants; lorsqu'on fait une coupe de la tumeur on peut leur reconnaître, comme dans les tissus purement fibreux, un développement avancé ou au moins une paroi endothéliale. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, M. Delbet qui pratiqua l'examen histologique d'un fibrome de la paroi abdominale venant du service de M. Nicaise, s'étonne, avec raison, de la structure des vaisseaux. Ce n'étaient dans le cas particulier, que de simples lacunes entourées de cellules embryonnaires, ils étaient peu nombreux, mais de forme irrégulière, de dimensions considérables et se rencontraient seulement dans

les îlots embryonnaires perdus au milieu des zones fibreuses.

Dans certains cas, la tumeur se présente avec tous les caractères histologiques du fibrome pur ; on y voit des faisceaux de tissu conjonctif séparés par des cellules connectives aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres ; sur une coupe mince on aperçoit les faisceaux de fibres qui s'entrecroisent dans divers sens.

Malheureusement toutes les tumeurs fibreuses de la paroi n'ont pas une structure aussi simple, et perdent leur caractère de bénignité absolue qui est le propre du fibrome pur. Pour qu'une tumeur soit dite fibrome, il faut, dit M. Cornil dans son traité d'histologie, qu'elle ne renferme aucun autre tissu. Des récidives sous forme de tumeurs sarcomateuses sont survenues à la suite d'extirpations cependant radicales. L'histologie nous fournit l'explication de ce fait. Dans un assez grand nombre de cas, on a trouvé au milieu de portions fibreuses des îlots de cellules rondes, granuleuses, sans noyau, qui sont des cellules embryonnaires. Dans une tumeur enlevée par M. Trélat, à côté de fibres flexueuses, on remarquait un stroma d'éléments embryonnaires fusiformes parsemés d'abondants orifices vasculaires contenant du sang. Entre ces deux types, se rencontraient tous les degrés d'évolution de la cellule embryonnaire jusqu'à la fibre conjonctive parfaite. Il est probable que le tissu possédait une tendance à s'organiser. D'après ces données, et s'il existe des fibromes qui ne contiennent aucun autre tissu que

du tissu conjonctif, faut-il ranger à côté d'eux les tumeurs dans lesquelles se trouvent réunies et l'élément conjonctif et l'élément embryonnaire, et leur donner la même valeur au point de vue du pronostic ? Nous ne le pensons pas, car on ne peut affirmer si les cellules embryonnaires resteraient à l'état de cellules ou au contraire arriveraient à un état plus avancé de développement. Aussi dans l'incertitude qui entoure une pareille question, ne peut-on faire un fibrome, ou un sarcome d'une tumeur qui présente à la fois deux espèces de tissus différents ; on est donc forcé d'en faire un fibro-sarcome. Nous conclurons en disant que les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale se rencontrent à l'état de fibromes purs, et à l'état de fibro-sarcomes.

SYMPTOMATOLOGIE

Si les observations de fibrome de la paroi abdominale sont relativement rares, il est, par contre, facile de constater qu'elles sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres. Les mêmes symptômes s'y trouvent relatés avec une étonnante identité ; mêmes signes physiques dans presque tous les cas. Il est dès lors facile de tracer de la néoplasie qui fait l'objet de notre étude, un tableau assez complet ; c'est à cette description que nous consacrons ce chapitre.

Ce qui frappe d'abord le chirurgien, c'est l'excellent état général des malades qui viennent le consulter ; la santé est bonne, et aucun trouble fonctionnel n'attire l'attention. La plupart des sujets sont des femmes assez robustes, mères d'un ou de plusieurs enfants, ou nullipares, et ne présentant aucune tare constitutionnelle. Rarement le visage est pâle, anémié ; presque jamais on n'y voit cette teinte jaune paille qui à elle seule éveille l'idée d'une tumeur maligne. Quelques observateurs cependant s'en sont laissé imposer par ces mauvaises apparences et ont porté un pronostic aussi faux que fâcheux. L'erreur est facile à éviter ; plus loin nous étudierons les symptômes fonctionnels et nous verrons que l'état général n'est altéré qu'aux périodes ultimes de la maladie. Nous pouvons dire dès maintenant que le fibrome de la paroi, dans les

premiers mois et même dans les premières années de son développement, ne provoque aucun trouble capable de compromettre la santé. Aucun phénomène morbide n'avertit la malade de la présence d'une tumeur, le hasard très souvent la lui fait découvrir ; rarement au début la douleur éveille son attention.

Les règles restent normales, régulières ; mais ce n'est pas là un symptôme immuable, et la menstruation est parfois troublée. A côté de faits dans lesquels on constate la suppression des règles, il en est d'autres où l'on est frappé de l'intensité de la métrorrhagie. Chez une malade de M. Tillaux, pour ne citer que ce cas, nous avons vu les règles supprimées pendant deux mois et suivies, à quelques jours d'intervalle, d'une perte continue qui dura vingt et un jours. Un autre fait digne de remarque et assez fréquent, c'est la sensibilité plus grande et l'accroissement plus rapide du néoplasme au moment des époques menstruelles ou pendant la grossesse. Cette dernière surtout a une action manifeste sur le développement du fibrome ; dans un assez grand nombre de cas les malades ont accusé des douleurs beaucoup plus vives et constaté que leur tumeur prenait une évolution nouvelle.

La peau qui recouvre le néoplasme a sa coloration normale, elle est lisse, n'a aucune connexion avec la tumeur sur laquelle elle glisse facilement ; ce signe a une grande importance au point de vue du pronostic et de la nature de la néoplasie. Ce n'est qu'aux périodes avancées de la maladie qu'elle peut devenir rouge, plus chaude que celle du côté opposé ; mais il est fa-

cile de reconnaître la cause de ce travail inflammatoire dans la présence d'une tumeur volumineuse qui tend à se faire jour à l'extérieur. M. Sappey dans la remarquable observation de fibrome qu'il a publiée, a signalé des ulcérations étendues, des croûtes d'un brun jaunâtre alternant avec la coloration violacée de la peau. Il est moins rare de voir les veines dilatées former sous la peau des réseaux bleuâtres. Sans doute ces vénosités, plus fréquentes à la surface de la peau qui recouvre les tumeurs sarcomateuses sont de nature à provoquer des hésitations, mais la marche de l'affection, la coïncidence de leur apparition avec la présence dans les tissus d'une tumeur volumineuse, écarteront toute idée de malignité. L'on conçoit d'ailleurs que la circulation profonde soit entravée par la compression, et que les veines superficielles prennent un développement plus grand pour favoriser la circulation en retour. Signalons enfin un symptôme important au point de vue du pronostic; le changement de température locale a une valeur réelle dans l'interprétation de la nature du néoplasme. On conçoit que dans le cas présent, il puisse fournir de précieuses indications et précipiter l'intervention en faisant naître la pensée que la tumeur entre dans une évolution nouvelle. Les travaux remarquables de M. Peter, un mémoire d'Estlander d'Helsingfors (sur la température des néoplasmes) celui de Verneuil sur la fièvre symptomatique des néoplasmes, appellent l'attention des praticiens sur ce point. Aussi avons-nous jugé utile de le signaler sans pouvoir encore toutefois nous prononcer à son égard.

La palpation est en général rendue facile par ce fait que les pressions exercées sur la tumeur sont indolores ou peu douloureuses, alors même que chez certaines malades existent des douleurs spontanées ; mais, disons-le aussi, l'examen chirurgical n'est pas toujours aussi favorisé, et l'on peut se trouver en présence de cas dans lesquels il faille restreindre les manœuvres du palper. Fréquemment on est surpris de la sensation éprouvée par la main appliquée sur le néoplasme ; il semble qu'elle n'en est séparée que par une couche très mince ; le fibrome paraît superficiel malgré son siége parfois profond, ce caractère lui a été reconnu dans bon nombre d'observations. On peut d'ailleurs se rendre compte de cette sensation si l'on se reporte à l'examen direct au cours de l'opération, examen qui permet de reconnaître l'amincissement parfois énorme des couches situées au-dessus de la tumeur. On conçoit aussi que la peau distendue transmette mieux au toucher les contours de la tumeur et qu'il soit dès lors difficile d'apprécier la distance qui la sépare de la main exploratrice. Il est évident que ce symptôme disparaît s'il existe sous la peau une épaisse couche cellulo-adipeuse.

Ordinairement, on peut par le palper constater le volume, la forme lisse, la consistance uniformément ferme de la tumeur. Ce dernier caractère est propre au fibrome et suffit presque à lui seul pour fixer le diagnostic. Il est rare en effet que l'on rencontre à côté des parties dures, des parties molles ; alors il ne s'agit plus d'un fibrome pur, mais d'un fibro-sarcome.

Nous citerons cependant les cas de MM. Sappey et Nicaise qui trouvèrent de la fluctuation en un point de la tumeur. L'opération fit reconnaître que cette fluctuation était due à un petit kyste séreux sous-cutané. Ce sont là sans doute des exceptions, mais qu'il est bon de connaître, car dans le cas de M. Sappey le diagnostic avait été encéphaloïde de la paroi, et l'examen histologique ne révéla dans le néoplasme que du tissu fibro-plastique.

La tumeur est lisse dans les cas ordinaires ; elle peut être lobulée, franchement bilobée, ou même présenter à sa surface des mamelons volumineux (Observations de Sappey, Nicaise, Broca). Ses contours sont généralement faciles à déterminer, la main peut parfois embrasser la tumeur dans toute son épaisseur, ou même s'engager entre elle et les parties profondes ; il s'emble qu'on va l'énucléer. Lorsque cette manœuvre est possible, le pronostic est aussitôt fixé et le chirurgien sait jusqu'où va porter l'action de l'instrument tranchant. Malheureusement tous les cas ne sont pas aussi favorables, et ils sont encore trop nombreux, ceux dans lesquels on ne peut saisir la tumeur, en déterminer les rapports avec les tissus sous-jacents, et affirmer ou nier des adhérences péritonéales. C'est là un écueil qui se présente et contre lequel on ne peut user d'aucun moyen ; jusqu'à ce jour on n'a pas indiqué de procédé qui puisse fixer l'opinion du chirurgien sur l'état de la séreuse abdominale.

Il est un caractère que tous les auteurs ont signalé et qui est d'une importance capitale pour déterminer

la nature du néoplasme ; presque toutes les observations en font mention, et nous pensons qu'en raison même de sa fréquence il doit toujours être recherché. Nous voulons parler du pédicule. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce mot au chapitre de l'anatomie pathologique, nous le conservons par simple commodité de langage et parce que l'usage a consacré son emploi. Ce pédicule donne la sensation d'une corde dure, d'une bandelette résistante plus ou moins large qui semble relier la tumeur à un point osseux du bassin. Le plus souvent elle paraît s'insérer sur l'épine iliaque antéro-supérieure ; d'autres fois elle se porte sur l'épine pubienne ou le rebord inférieur des fausses côtes. Généralement unique, ce pédicule est plus facile à constater si l'on fait contracter les muscles de la paroi, il tranche alors sur les parties voisines par sa dureté, on dirait une corde tendue fortement entre la tumeur et l'os iliaque. Nous ne citerons que pour mémoire le cas de Huguier rapporté par Bodin dans sa thèse ; par le palper on avait la sensation de deux pédicules, l'un s'insérant à l'épine iliaque et l'autre à l'épine du pubis. Quels qu'en soient le nombre et la nature, il n'en résulte pas moins qu'il faille laisser de côté la pensée de savoir si le pédicule existe ou n'existe pas vraiment ; la sensation suffit et permet de songer aussitôt au fibrome. Nélaton faisait du pédicule un caractère exclusif de ces tumeurs ; nous partageons l'opinion de M. Guyon qui, en 1876, a montré que cette conclusion était trop absolue. Nous dirons donc que dans un grand nombre de cas on a rencontré entre la

tumeur et le bassin une bandelette résistante propre à fixer le diagnostic, mais que son absence ne doit pas faire rejeter la nature fibreuse de la tumeur.

Lorsque les muscles de l'abdomen sont dans le relâchement, on constate que la tumeur jouit d'une certaine mobilité, et qu'on peut lui imprimer des mouvements en général peu étendus. Mobile dans le sens vertical si le pédicule s'insère à l'épine iliaque antéro-supérieure, elle reste au contraire immobile si l'on cherche à la déplacer dans le sens transversal. Nous avons constaté que la direction des mouvements communiqués paraît dépendre du point d'insertion du pédicule ; il semble ressortir du relevé de nos observations que l'on peut formuler ce principe à savoir que la direction des mouvements communiqués ne se produit que dans le sens du diamètre qui coupe perpendiculairement le diamètre à l'extrémité duquel s'insère le pédicule. C'est ainsi que dans le cas le plus fréquent le mouvement communiqué répond au diamètre vertical, et l'insertion du pédicule au diamètre transversal. S'il s'agit d'un fibrome de la ligne blanche rattachée au pubis par une bandelette, les mouvements sont impossibles ou peu étendus dans le sens vertical, plus faciles au contraire dans le sens transversal, dans le diamètre du même nom. Etant donnée l'inégalité des diamètres et l'insertion plus fréquente du pédicule à l'extrémité du plus grand, on peut encore formuler la proposition ci-dessus énoncée de la façon suivante : la tumeur a son plus grand degré de mobilité dans le sens de son plus petit diamètre. Nous ne voulons cer-

tes pas faire de cette proposition une règle absolue, si nous nous sommes étendu aussi longuement sur ce point c'est parce que nous ne l'avons trouvé signalé dans aucun ouvrage et qu'il nous paraît conforme à l'observation des faits relatés dans cette thèse.

La fixité du néoplasme par la contraction des muscles abdominaux, est presque absolue et mérite d'être considérée comme un excellent moyen de diagnostic. Nous verrons en détail au chapitre du diagnostic différentiel quel parti le chirurgien peut tirer de la contraction musculaire pour affirmer le siége intra-pariétal du néoplasme et quel procédé clinique lui permet d'arriver à cette conclusion. Ajoutons, pour être complet, un dernier symptôme signalé par quelques auteurs : si l'on applique la main sur la tumeur et que l'on commande au malade de tousser, on sent qu'elle devient plus apparente. Cette manœuvre n'a pas la valeur que lui ont attribuée ceux qui l'ont préconisée, elle peut même conduire à l'erreur. Admettons en effet que la tumeur siége au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, l'effort de toux qui la rendra plus saillante, produit le même effet sur une hernie, et on n'aura pour trancher le diagnostic qu'une ressource : l'examen de la consistance. Aussi pensons-nous que ce moyen mérite plus être signalé qu'employé.

Il n'en est pas de même de l'irréductibilité de la tumeur ; on a beau exercer sur elle une pression énergique, si elle fuit, c'est en entraînant la paroi avec elle ; celle-ci se creuse en forme de cône au fond duquel on sent toujours la tumeur ; lorsque cette paroi revient

sur elle-même c'est avec les mêmes caractères qu'antérieurement à la manœuvre exploratrice.

Dans les tumeurs volumineuses, la matité est absolue. S'agit-il au contraire d'une tumeur de moyen volume, de celui d'une grosse orange ou du poing par exemple, on pourra obtenir soit de la matité, soit de la sonorité. Dans ce cas, il est bon de pratiquer la percussion d'une main légère ; est-elle au contraire appuyée et forte, elle exerce son action sur les organes intra-abdominaux et fournit la sonorité intestinale, d'où cause d'erreur. Le fibrome présente de la matité quel que soit son volume, mais demande pour qu'elle soit constatée, une main exercée.

L'examen des organes génitaux permettant d'arriver au diagnostic par élimination des maladies qui leur sont propres, on trouve un aide précieux dans le toucher vaginal. Ordinairement, on constate que les culs-de-sac sont libres ; Bard cependant nous rapporte un cas où la tumeur est venue déprimer le cul-de-sac antérieur. M. Terrillon, chez une malade, parvint à saisir la tumeur entre les deux mains en déprimant fortement le cul-de-sac latéral droit, et en refoulant en même temps de l'autre main la tumeur du côté du bassin. Si le fibrome occupe la cavité de Retzius, il peut par son siége devenir plus accessible au doigt vaginal.

Dans le cas rapporté par M. Bouilly, on sentait dans le cul-de-sac antérieur une tumeur dure, séparée du doigt par une masse molle, demi-fluctuante, qui n'était autre que la vessie. Jamais cependant on n'a

constaté de troubles urinaires ; le fait le plus étonnant à cet égard est assurément celui de Broca, dans lequel la tumeur d'un volume énorme, occupait toute la fosse iliaque interne sans provoquer de désordres vésicaux. L'utérus peut exceptionnellement subir des déviations faciles d'ailleurs à reconnaître à la position qu'occupe le col. Mais, fait important, l'utérus conserve sa mobilité dans le bassin ; si le doigt introduit dans le vagin perçoit des mouvements communiqués à la tumeur par la main hypogastrique, il peut aussi imprimer à l'organe de la gestation des mouvements indépendants de ceux de la tumeur. Ces déviations utérines sont d'ailleurs rares, il faut pour les produire des fibromes très volumineux, dont on pourra sentir l'enfoncement dans le bassin à l'aide du palper.

Quelle influence jouent ces tumeurs sur l'utérus gravide ?

On a signalé un certain nombre d'avortements alors que la tumeur ne dépassait pas le volume d'un œuf de poule. A quelle cause rattacher la fausse-couche ? L'utérus subit-il l'action d'un réflexe dont le point de départ est la tumeur, ou bien plutôt la bosselure que le néoplasme tend à produire du côté de la cavité abdominale n'est-elle pas une cause d'excitation utérine ? Ce sont là deux propositions sur lesquelles nous ni pouvons nous prononcer. Il n'en est plus de même se la tumeur, volumineuse, occupe une partie de la fosse iliaque ; on conçoit alors très bien que l'utérus se développant de plus en plus aura besoin d'espace, refoulera le fibrome, et que de cette lutte entre la tumeur

morbide et la tumeur puerpérale résultera l'avortement. Quand les enfants naissent à terme, ils sont en général, vigoureux et bien portants. On cite un cas où l'enfant naquit grêle et chétif, mais la tumeur de la mère était considérable, et le produit de la conception a dû souffrir de l'entrave apportée à sa nutrition intra-utérine.

Ajoutons que jusqu'à présent on ne signale pas de fait de compression du rectum par un fibrome de la paroi. Dans le cas rapporté en 1875 par M. Tillaux, il s'agissait d'un fibrome développé sur le sacrum, et le coccyx et non d'un fibrome de la paroi. Le toucher pratiqué par cette voie n'a fourni d'ailleurs aucun renseignement dans les cas où la malade portait une tumeur fibreuse intra-pariétale, quel que fût son volume.

Nous venons de passer en revue un ensemble de symptômes que l'examen du chirurgien doit rechercher et découvrir, nous terminerons cette étude par l'exposé des troubles fonctionnels. Ceux-ci ont une grande importance, car ils nous dictent pour une bonne part, les indications ou les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

Et d'abord disons que leur apparition coïncide avec les périodes avancées de la maladie. L'un des plus fréquents est assurément la douleur. Celle-ci peut avoir des manifestations diverses : tantôt elle est lancinante comparée à des coups d'épingle, et a pour siège la tumeur même ; tantôt elle s'irradie dans les régions voisines. Dans ce cas elle est ou continue ou intermittente à forme franchement névralgique ; son intensité

a été telle chez une des malades de M. le professeur Trélat, qu'elle provoquait des crises nerveuses violentes. Parfois il est facile de reconnaître les points lombaire, iliaque, et fémoro-cutané de la névralgie iléo-lombaire (Observation de Tillaux, thèse de Damalix). Le membre inférieur droit a été le siége de douleurs assez aiguës chez certains sujet; on a remarqué également dans plusieurs cas de l'engourdissement de la cuisse et des fourmillements dans tout le membre; tous ces troubles fonctionnels peuvent être rapportés à la compression des plexus lombaire et sacré. On n'a jamais signalé d'œdème de la jambe. Cette complication possible grâce à la compression exercée sur la veine iliaque externe ou fémorale par une tumeur volumineuse n'aurait pas d'ailleurs l'invasion rapide de l'œdème résultant d'une thrombose cachectique. L'infiltration légère et lente des extrémités, serait de nature à écarter toute idée d'un pronostic fâcheux.

Il est un dernier ordre de troubles fonctionnels, rares, il est vrai, mais relatés dans plusieurs observations et qui ont fait commettre des erreurs de diagnostic. Au bout d'un nombre d'années variable, certaines malades se présentent avec un état général inquiétant. Le visage est pâle, anémié, l'amaigrissement est considérable, les forces sont perdues. Les malades deviennent dyspeptiques, sont prises de vomissements, etc. Ces symptômes fâcheux sont bien de nature à éveiller l'idée d'une tumeur maligne, mais les renseignements pris sur l'état antérieur de la malade, nous apprendront que cette débilité de tout l'organisme

est survenue à la suite d'hémorrhagies abondantes ; ou par le fait de la douleur, ou par le fait de la compression des organes digestifs. Ces malades ne sont pas des cachectiques, car ce mot implique l'idée d'une néoplasie de mauvaise nature, ce sont des gens épuisés, amaigris.

DIAGNOSTIC

Si le plus souvent les renseignements pris sur l'évolution de la maladie et l'examen local permettent de reconnaître la nature et le siége de la tumeur, il est des cas cependant où le diagnostic différentiel est entouré de réelles difficultés. La première question que l'on se pose est celle-ci : la tumeur siége-t-elle bien dans la paroi ou n'est-elle pas au contraire intra-abdominale. La clinique a recours à deux procédés pratiques d'une valeur incontestable pour résoudre cette question, nous nous faisons un devoir de les rapporter ici.

Dans une première exploration, on met en jeu la contraction des muscles abdominaux ; de la sensation éprouvée par la main appliquée sur la tumeur, on en conclut que celle-ci est ou n'est pas intra-pariétale. Nous empruntons le passage suivant à une leçon clinique de M. Tillaux ; notre maître y expose bien mieux que nous ne saurions le faire, la manœuvre propre à faciliter l'exploration. « Sentez bien votre tumeur, dit notre maître, lorsque vous l'avez en main, faites contracter les muscles de la paroi abdominale (pour cela dites à la malade couchée de faire un effort pour se relever pendant qu'un aide s'oppose à ce mouvement par une main appliquée sur le thorax) ; si la tumeur est intra-abdominale, vous ne la sentirez plus,

les muscles rigides de la paroi vous en séparent; si au contraire elle est intra-pariétale, vous la sentirez encore. » Nous n'ajouterons rien à cette description d'ailleurs complète, et nous sommes convaincus que tous les chirurgiens en reconnaissent la justesse et l'exactitude.

Si l'on veut ne pas se contenter de ce moyen, on peut demander aux mouvements imprimés aux organes abdominaux par la presse diaphragmatique pendant l'acte respiratoire, un signe précieux de diagnostic. Comme dans le premier procédé la malade est couchée, on cherche la partie la plus saillante de la tumeur et on applique sur elle la main ou mieux l'extrémité d'un doigt. Commandant alors à la malade de faire une grande inspiration, la tumeur reste immobile ou se déplace; le doigt explorateur sent toujours le même point de la masse morbide, on perçoit le mouvement qui lui a été communiqué par la pression du diaphragme, elle glisse pour ainsi dire sous la pulpe digitale. Dans le premier cas on peut conclure que l'immobilité est l'expression du siége intra-pariétal du néoplasme; dans le second au contraire on peut affirmer qu'il s'est développé aux dépens de l'un des organes contenus dans la cavité abdominale. On conçoit très bien le mécanisme des phénomènes observés, il nous paraît inutile de nous arrêter plus longtemps sur ce point.

Le toucher vaginal adjoint aux deux modes d'exploration ci-dessus indiqués, permet d'éliminer aussitôt les néoplasies dépendantes de l'utérus et de ses an-

nexes. Les tumeurs du foie ont des signes particuliers, provoquent des troubles fonctionnels caractéristiques, et jouissent plus que les autres tumeurs de la propriété de se déplacer pendant les mouvements respiratoires. Les tumeurs du rein prêtent peu à l'erreur ; la percussion, la palpation, les caractères de l'urine renseigneront le chirurgien. L'hypertrophie de la rate est remarquable par le rebord tranchant de l'organe que l'on peut en quelque sorte saisir ou déplacer chez les sujets maigres. Nous ne nous arrêterons pas davantage au diagnostic différentiel des différentes tumeurs abdominales ; l'erreur, croyons-nous, naîtrait d'un examen défectueux.

Nous passerons maintenant rapidement en revue les néoplasmes autres que le fibrome développés dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Dans la peau on trouve des kystes sébacés, des épithéliomas faciles à diagnostiquer. Dans la couche sous-cutanée les lipomes et les kystes ont une consistance qui permet de ne pas les confondre avec le fibrome. Le sarcome se révèle avec ses caractères propres, sa marche rapide, sa surface bosselée, ses symptômes douloureux. Le phlegmon de la paroi ne met pas en général longtemps à attirer l'attention du malade ; dès son apparition surviennent des frissons, de la fièvre, des douleurs, une tuméfaction à contours mal limités qui n'est pas comparable à la forme du fibrome ; l'empâtement est diffus, la peau chaude et rouge. Dans le phlegmon qui s'est terminé par résolution et a laissé dans la paroi une plaque indurée parfois mamelonnée, il est plus

difficile de faire un diagnostic immédiat ; l'étude des antécédents et de la marche de l'affection lèveront vite les doutes.

On ne confondra pas le fibrome avec un cancer de l'épiploon, car dans ce cas on trouve de l'ascite. Les antécédents seront d'un grand secours et fixeront l'opinion du chirurgien lorsqu'il s'agira d'une de ces tumeurs péri-ombilicales développées au voisinage d'une hernie et constituées par des adhérences multiples entre les circonvolutions intestinales et l'épiploon. Enfin les hernies par leur siége, leur consistance, leurs caractères de réductibilité, de sonorité, par leur apparition dans un canal naturel, ne présentent en général aucune difficulté au diagnostic différentiel.

Nous avons étudié la symptomatologie du fibrome et les caractères qui le différencient des autres néoplasmes intra-pariétaux. Peut-on pousser plus loin le diagnostic et dire aux dépens de quelle couche de la paroi il s'est développé ? Avouons dès maintenant qu'il est impossible de connaître les rapports de la tumeur avec le péritoine ; cette ignorance est d'autant plus fâcheuse qu'elle suscite des hésitations pour le pronostic. En relisant toutes les observations, nous avons été frappé d'un fait que nous soumettons à l'appréciation de nos maîtres : c'est le rapport qui existe entre le grand diamètre du néoplasme et la direction des fibres musculaires qui s'insèrent fréquemment à sa surface. C'est ainsi que nous avons remarqué que les tumeurs développées dans l'épaisseur ou dans la gaîne du grand droit, ont leur grand diamètre vertical ; que ce der-

nier est transversal si la tumeur présente des connexions intimes avec le transverse, oblique de haut en bas et de dehors en dedans si la masse morbide est adhérente au muscle grand oblique. Ces remarques nous ont conduit à penser que l'on pourrait peut-être reconnaître le siége primitif du néoplasme d'après la direction de son grand axe ; malheureusement on n'a là qu'une simple satisfaction théorique, car la marche de l'affection peut troubler l'ordre de ses rapports, étendre ses connexions avec les couches profondes et devenir le motif d'appréhensions bien légitimes à l'égard de la séreuse abdominale. Aussi ne songeons-nous pas à faire de notre observation, l'expression d'un symptôme propre à fixer le pronostic, elle n'a peut-être que le mérite de l'originalité.

MARCHE ET PRONOSTIC.

L'étude que nous avons faite dans le chapitre précédent de la symptomatologie de cette affection, nous permet de diviser en deux périodes bien distinctes son évolution. Il est évident que cette remarque n'est pas applicable à tous les cas, la seconde période pouvant faire défaut. En général la première période est remarquable par l'état stationnaire dans lequel le fibrome peut rester pendant des années, par la lenteur de son accroissement, par la façon progressive dont se fait cet accroissement. Le début de la seconde période s'annonce par une sorte de poussée subie par la tumeur : en quelques mois elle grossit plus qu'elle ne l'avait fait en plusieurs années ; son volume s'accroît rapidement ; il est évident qu'elle subit une évolution nouvelle.

Il est donc difficile de prédire l'avenir du malade avec une semblable affection ; il peut toute sa vie porter une tumeur indolore et de volume constant, mais il a des chances aussi de venir un jour réclamer les secours de la chirurgie pour un néoplasme dont la marche progressive l'effraye et dont le volume occasionne dans son état général des troubles fonctionnels d'une haute gravité. On conçoit que le pronostic sera tiré de l'examen du malade et devra toujours être réservé. Quant aux chances de guérison ou de survie donnée par l'o-

pération elles sont grandes sans doute, grâce à l'antisepsie et à l'absence de récidive lorsque l'ablation de la tumeur a été complète : néamoins il est prudent, pensons-nous, de ne pas trop promettre à l'avance un succès.

TRAITEMENT.

Pour instituer un traitement, il faut connaître l'étiologie, la pathogénie, la nature, les formes et le degré du mal à combattre, il faut aussi disposer de ressources thérapeutiques suffisantes pour que le succès de l'intervention réponde à la justesse du diagnostic Nous avons vu à quelles erreurs d'interprétation avait donné naissance la pathogénie du fibrome de la paroi abdominale, et l'on conçoit que de ces théories fausses, n'aient pu surgir des procédés opératoires vraiment curateurs. Il est curieux de voir des chirurgiens éminents s'arrêter à des moyens médicaux et ne pas oser tenter une opération. Tous les fondants locaux et généraux, toutes les pommades résolutives ont été employés, le résultat a toujours été négatif. Huguier après avoir essayé les fondants chez une malade comprit que la tumeur ne faisait pas partie des maladies qui subissent l'influence d'une constitution médicale et se résolut à une opération palliative. Naturellement son mode d'intervention fut en accord parfait avec les idées de l'époque. Le pédicule était considéré comme le protecteur des vaisseaux nourriciers de la tumeur, il était donc logique de sectionner ce pédicule dans l'espérance de voir cette tumeur s'atrophier ou au moins rester stationnaire. C'est ce que tenta Huguier, il fit la section du pédicule à l'aide d'un bistouri

mousse falciforme passé derrière la tumeur et ramené en dehors. Cette façon d'agir fut approuvée par Nélaton, Gosselin ; ce dernier chirurgien fit même construire un instrument spécial destiné à cette opération.

Détruire le néoplasme sans intéresser le péritoine voilà quel était le but des hommes de l'art. Nous trouvons dans les auteurs deux procédés qui furent employés concurremment. Le premier consistait à passer des sétons filiformes placés en croix, à travers la tumeur, et à les laisser en place pendant un mois; dans le second, on avait recours aux caustiques soit chimiques, soit thermiques. Gosselin fut le premier à abandonner ces moyens; il déclare lui-même avoir eu un insuccès complet chez une malade de Huguier, à laquelle il fit des applications de flèches caustiques sur la base de sa tumeur; la femme ne fut pas soulagée. Le 22 août 1860, à la Société de Chirurgie, Chassaignac rapporte le cas d'une malade qu'il opéra à l'aide de l'écraseur, puis au fer rouge; la récidive eut lieu. A la même séance Gosselin élève enfin la voix pour condamner les moyens employés jusqu'à ce jour, il pense à l'extirpation complète, et parle de l'ouverture du péritoine mais, dit-il, je n'ose m'y décider. Aussi voit-on ce chirurgien opérer ses malades en laissant au fond de la plaie la partie de la tumeur adhérente à la séreuse abdominale; la répullulation du mal ne se fa sait pas attendre longtemps. Nous en avons fini avec cette longue énumération des différents modes de traitement, nous dirons seulement, pour être complet, que les injections hypodermiques d'ergotine

ont donné dans un cas un résultat assez satisfaisant. M. Bouilly rapporte l'observation de la malade dans sa thèse d'agrégation ; il s'agissait d'un fibrome de la cavité de Retzius qui diminua sensiblement de volume sous l'influence de l'ergotine.

Aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord pour repousser les moyens médicaux et les opérations partielles. Le seul traitement applicable à la cure du fibrome de la paroi abdominale, est l'extirpation totale.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur fibreuse de la paroi abdominale, il est presque impossible de dire avant l'opération jusqu'où l'on portera la lame tranchante. Il faut avoir présente à l'esprit la lésion possible du péritoine. Il est vrai que la méthode antiseptique est un aide précieux, indispensable ; mais l'habileté des opérateurs et l'antisepsie ont été impuissantes dans plusieurs cas et la mort a été le résultat de l'intervention. Aussi croyons-nous qu'il est sage de ne se décider à opérer que lorsqu'un ensemble de symptômes propres à l'évolution du néoplasme sont apparus ; il faut en un mot choisir le moment convenable. M. le Dentu, dans une communication faite à la Société de chirurgie le 3 mars 1886, pense que ces tumeurs doivent être enlevées de bonne heure, car le péritoine devient vite adhérent et qu'il ne faut pas hésiter au besoin à imposer l'opération. Malgré l'autorité de notre maître et le respect que nous avons pour lui, nous ne pouvons partager son opinion. Nous nous permettrons de répondre que le fibrome peut dès le début de son évolution contracter, de par son siége, des

adhérences intimes avec la séreuse abdominale ; que ce néoplasme ayant une marche lente, ne provoquant dans les premières années de son développement que peu ou pas de douleur, et n'altérant pas la santé, il est prudent de ne pas exposer les malades à une opération grave. C'est là conduite que nous tiendrions en pareille occasion ; voyons maintenant les indications et les contre-indications de l'intervention.

Nélaton, dans sa clinique du 18 février 1862, s'exprime ainsi : « Si la tumeur n'est pas très-volumineuse, si elle n'est ni très gênante ni très douloureuse, il vaut mieux attendre et ne pas opérer ; il n'y a pas péril en la demeure et la maladie peut d'ailleurs rester stationnaire. Il n'en est pas de même si la tumeur devient douloureuse, si elle s'accroît avec rapidité ou enfin si la malade insiste pour être débarrassée ; il faut alors opérer. » Ce grand chirurgien a parfaitement tracé la ligne de conduite à suivre, nous partageons pleinement son opinion et nous n'avons cru pouvoir mieux faire qu'en le citant.

L'opération est décidée, le chirurgien prendra-t-il le thermo ou le galvano-cautère, ou s'armera-t-il du bistouri ? Cette question a été soulevée par plusieurs praticiens, aussi y consacrons-nous quelques lignes. Les deux premiers instruments cités sont bien faits pour assurer l'hémostase. Dans le cas où l'on est dans la nécessité d'ouvrir le péritoine, tout le monde reconnaît l'obligation absolue de s'opposer à l'écoulement sanguin dans la cavité abdominale. Mais nous avons un reproche à adresser à la division des tissus par le

calorique ; c'est que la réunion par première intention est impossible à obtenir et que la suppuration est toujours fatale.

Avec le bistouri ces inconvénients disparaissent, l'hémostase est faite avec des pinces à forcipressure, et l'on peut opérer à sec pour ainsi dire en donnant quelques coups d'éponge sur la plaie. Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point ; la question nous paraît jugée en faveur du bistouri, la plupart des chirurgiens se servent de préférence de cet instrument.

Préoccupé de l'ouverture possible du péritoine, le chirurgien ne doit opérer que dans un milieu bien antiseptique, dans un appartement bien éclairé et chauffé, s'entourer en un mot de toutes les précautions, comme dans une ovariotomie.

Il est impossible de dire avant d'opérer ce que l'on fera ou ce que l'on ne fera pas ; au cours de l'acte chirurgical, le praticien se basera sur les rapports du fibrome avec les couches profondes. M. Terrillon dans son mémoire sur le traitement des fibromes de la paroi abdominale a parfaitement passé en revue les différents cas qui peuvent se présenter et a donné pour chacun d'eux un ensemble de règles auxquelles nous n'avons certes rien à ajouter. Aussi puiserons-nous amplement dans le travail de ce maître.

Dans un premier cas, le fibrome est enfermé en quelque sorte dans la couche musculo-aponévrotique, et n'a aucune connexion avec le *fascia transversalis*. L'opération est simple, et le pronostic favorable. En général

une incision unique suffit, nous ne reviendrons pas sur ce point dans les paragraphes suivants et nous dirons dès maintenant que les incisions ovalaires, que des lambeaux ne doivent être faits que lorsqu'il s'agit de tumeurs très volumineuses ou présentant à leur surface des ulcérations. On conçoit dans ce dernier cas que l'on doit sacrifier un morceau de peau, comme l'a fait M. Sappey chez son malade. En général une incision rectiligne, faite suivant le grand axe de la tumeur donne assez de jour à l'opérateur. Revenons maintenant à notre première variété de fibrome. L'incision cutanée est faite ; le chirurgien sectionne avec le bistouri et lentement, en procédant couche par couche les différents plans musculo-aponévrotiques jusqu'à ce qu'il mette à nu la face externe de sa tumeur. Il lui faut parfois disséquer longuement ou sectionner des fibres musculaires qui s'insèrent sur le néoplasme. Pour la face externe quelques coups de bistouri, de ciseaux, ou même les doigts, triompheront facilement de la difficulté ; pour la face profonde il est prudent de déposer le bistouri, de ne s'aider que de ses doigts ou des ciseaux ; dans le cas où la lame tranchante serait nécessaire il faudrait raser de très près la tumeur afin d'éviter toute échappée du côté du péritoine. Afin de mieux voir la face profonde de la tumeur et de guider son instrument de l'œil et du doigt, M. Tillaux procède de dedans en dehors, en soulevant légèrement la masse avec une pince et en la faisant basculer en dehors. De cette façon, s'il existe un pédicule on n'a qu'à tourner le tranchant de la lame vers l'extérieur et à sectionner

de dedans en dehors. Ce procédé nous a paru très recommandable et nous nous sommes fait un devoir de le rapporter dans notre travail. La tumeur enlevée, énucléé pour ainsi dire, on place deux drains dans la plaie, on fait quelques points de suture et l'opération est terminée.

Dans un deuxième cas le fibrome est bien encore compris dans l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique, mais sa face profonde est en rapport immédiat avec le péritoine ; toutefois il n'y a pas d'adhérences entre le néoplasme et la séreuse. Ce que nous avons dit plus haut relativement à l'incision et à la section des différents plans de la paroi, est applicable à à tous les cas. Ici la difficulté, c'est la dissection, ou plutôt le décollement de la tumeur. Il est prudent de ne demander aide qu'à ses doigts ; le bistouri ou la spatule peut glisser malgré l'habileté de l'opérateur, et faire des échappées dangereuses pour le péritoine.

Dans un troisième cas, le fibrome est adhérent à la séreuse, il est impossible d'enlever la tumeur sans ouvrir le péritoine, mais cette ouverture n'est pas assez considérable pour qu'on ne puisse réunir les bords par une suture bien exacte. Nous pensons que dans cette variété de fibrome, le volume de la tumeur doit être pris en considération, et dicter le procédé opératoire. Si la tumeur est de petit volume, il sera facile de dégager la face profonde et de réduire autant que possible l'ouverture péritonéale à une fente linéaire ou de très petit diamètre. La tumeur au contraire est-elle lourde, volumineuse, on ne peut aisément la soulever et sur-

veiller la face profonde. Dans un cas où la dissection était très pénible, M. Terrillon fut obligé de laisser en certains points quelques morceaux de tumeur adhérents, afin de les disséquer plus à l'aise lorsque la masse de la tumeur fut enlevée. A force de patience, l'habile chirurgien parvint à enlever la totalité du fibrome sans léser le péritoine. Ce procédé évite au chirurgien bien des surprises désagréables, en même temps qu'il lui donne plus de lumière et lui permet de mieux juger de l'état du péritoine. L'excellent résultat qu'il a donné entre les mains de M. Terrillon est de nature à encourager les chirurgiens, et nous pensons faire œuvre utile en le signalant.

Malheureusement on ne peut toujours être aussi heureux, la séparation de la tumeur dans certains points est impossible ou du moins très difficile. Une double question se pose : faut-il enlever avec la tumeur la partie du péritoine qui lui est adhérente, ou au contraire se contenter d'une ablation partielle du néoplasme, l'enlever tranche par tranche, et en laisser une couche très mince au fond de la plaie. C'est là un problème que l'observation des faits publiés jusqu'à ce jour nous aidera seule à résoudre. Nous avons vu au commencement de ce chapitre à quel traitement nos anciens maîtres soumettaient leurs malades. Les plus hardis étaient encore timides, la crainte d'une lésion péritonéale arrêtait leur main, et ils laissaient au fond de la plaie une partie de la tumeur. Une pareille intervention ne laissait au malade qu'un repos de courte durée ; le morceau abandonné au fond de la plaie re-

devenait le point de départ d'une nouvelle tumeur. Cornil dans sa thèse inaugurale, de Riel, Gosselin, nous rapportent chacun un cas de récidive, peu de temps après une ablation partielle. Il est également à noter que les tumeurs qui prenaient ainsi un nouveau développement causaient dans l'économie des troubles fonctionnels précoces, étaient le siége de douleurs assez vives, prenaient un accroissement rapide, se présentaient en un mot avec les caractères du sarcome. L'anathomie pathologique nous a d'ailleurs fait voir au milieu de faisceaux de tissu conjontif, des îlots de tissu sarcomateux ; cette constation à elle seule plaide en faveur de l'intervention radicale. Il est vrai que pour assurer aux malades une guérison définitive, on a vu, dans plusieurs cas malheureux, la mort survenir à la suite d'une péritonite ; mais, à côté des décès se comptent les guérisons. Billroth, Sanger, Sklifossowski Terrillon offrent à notre observation de remarquables succès. Que conclure de ces faits? La prudence sans doute a parfois été une cause de salut, nous croyons que dans le cas présent elle doit laisser la place à l'intervention et à l'intervention radicale, c'est-à-dire à l'ablation totale du fibrome avec la partie de péritoine qui lui est adhérente. Il ne faut pas en effet qualifier de témérité ce qui n'est qu'une hardiesse chirurgicale, hardiesse d'ailleurs fort légitime lorsqu'on lui donne pour aide l'antisepsie. A cette richesse, s'en joint une autre due à la résorption dans les tissus de certaines substances animales ; nous voulons parler du catgut et du crin de Florence. Avec ces deux derniers produits on

peut faire la suture du péritoine, sur lequel ils ne provoquent aucun travail d'irritation comme pourraient le faire des fils d'argent. Nous dirons qu'autorisé par des faits à ouvrir le péritoine, le chirurgien pourra et devra suturer les bords de la plaie séreuse avec du catgut très fin en ayant soin que ses bords soient bien affrontés. Un plan de sutures superficielles compléteront l'occlusion de la plaie.

Nous arrivons enfin à l'étude du dernier cas qui puisse se présenter au chirurgien : l'ablation du fibrome a nécessité l'extirpation d'un lambeau péritonéal, doit-on tenter la réunion de la séreuse? Disons d'abord qu'il est très difficile, sinon impossible de tenter pareille manœuvre. La nécessité de laisser ainsi une paroi presque cutanée en contact avec les intestins, pourrait sembler incompatible avec la guérison et l'opérateur aurait à craindre des accidents. Il y a encore peu d'années les chirurgiens étaient d'avis que c'était s'exposer à un danger certain que de laisser l'intestin privé de l'élément pariétal du péritoine. Mais l'expérimentation est venue prêter à la clinique son concours, et Sklifossowski et Sanger ont démontré, en opérant sur des chiens, que l'absence d'accident est due à l'agglutination du mésentère au pourtour de la perte de substance de la paroi abdominale. De cette façon les intestins ne sont pas en contact direct et nuisible avec la surface saignante de l'abdomen, mais avec un feuillet péritonéal. Ces expériences faites sur des animaux semblent recevoir une confirmation dans le cas que rapporte Nélaton. Opérant avec Michon, un fibro-

me de la paroi abdominale, il ouvrit le péritoine ; un bouchon épiploïque passa par l'ouverture et l'obtura. La guérison fut rapide. Plus récemment les opérateurs dont nous avons parlé plus haut, Sklifossowski et Sanger, ont opéré trois malades dans de semblables conditions; leurs malades ont guéri. Ces succès opératoires confirmant des expériences bien conduites, semblent devoir jeter un jour nouveau sur la chirurgie de l'abdomen. On est donc autorisé, pensons-nous, à ne pas tenter la réunion d'une large ouverture péritonéale. Afin de rapprocher le plus possible l'acte opératoire des faits expérimentaux, on s'efforcera de recouvrir l'intestin d'une enveloppe séreuse, et de le protéger du contact direct de la paroi en étalant avec soin l'épiploon à sa surface.

Avant de terminer notre travail, nous voulons appeler l'attention sur deux points : le drainage, et le port d'un bandage. Dans plusieurs observations nous avons vu signalés des épanchements sanguins entre les lèvres de la plaie, la suppuration entraver la réunion immédiate ; dans un cas même on a dû ouvrir un abcès et enlever quelques points de suture. Aussi le drainage de la plaie est-il indiqué, tous les chirurgiens le pratiquent aujourd'hui. Une seule obligation reste maintenant imposée au malade, le rôle du chirurgien sera terminé lorsqu'il aura conseillé à son opérée de porter un bandage, une pelote, un petit coussin protecteur. La cicatrice a été le siège de hernies, chez plusieurs sujets ; on conçoit que cette complication soit favorisée par l'absence d'une suture profonde nécessitée par la

non-réunion du péritoine. La peau de l'abdomen servira seule à réparer la perte de substance et n'offrira qu'une faible résistance à la pression des intestins. En conséquence, il sera utile d'avertir les malades et de prévenir une infirmité par un moyen aussi simple que le port d'un bandage.

CONCLUSIONS

1° Le fibrome de la paroi abdominale antérieure s'observe avec une fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme.

2° Son étiologie peut être rapportée à deux causes : grossesse, traumatisme.

3° Elle paraît se développer aux dépens du tissu conjonctif, et particulièrement dans la fascia propria.

4° La tumeur existe à l'état de fibrome ou de fibro-sarcome. La récidive est très rare, dans le premier cas, elle peut se produire dans le second malgré une extirpation totale.

5° L'intervention n'est pas applicable à tous les cas ; elle ne doit être accordée qu'aux malades présentant des troubles fonctionnels.

6° Les adhérences péritonéales ne doivent pas autoriser le chirurgien à laisser une partie de la tumeur dans la plaie ; le péritoine sera ouvert, si besoin en est.

7° La guérison peut survenir malgré la résection d'une certaine étendue de péritoine. Il faut avoir soin dans ces cas de donner aux intestins un revêtement séreux en étalant au devant d'eux le grand épiploon.

8° L'antisepsie la plus rigoureuse s'impose, ainsi que le drainage de la plaie.

9° Les malades devront porter un bandage ou une pelote contentive, afin de prévenir l'apparition d'une hernie au niveau de la cicatrice.

OBSERVATIONS

Observation de M. Tillaux, recueillie par M. Barraud, interne du service.

D. F..... jeune fille vierge, âgée de 20 ans, a été opérée en 1886 d'un kyste de l'ovaire. Rien à signaler dans les antécédents de cette malade. Ses parents sont de bonne santé, son passé morbide est nul.

Il y a un an, relevée de son ovariotomie, elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur située dans le flanc gauche et qui offrait à peu près le volume d'une noix. Elle n'en éprouvait aucune gêne physique ou fonctionnelle et ce n'est qu'à cause de l'accroissement continu de la tumeur qu'elle est de nouveau entrée dans le service de M. Tillaux Salle Sainte-Marthe N° 1, Hôtel-Dieu.

A l'inspection du ventre, rien d'anormal; la jeune fille était grasse et les parois abdominales assez épaisses. Par la palpation, on percevait une tumeur du volume d'un œuf de poule environ, située au-dessus de l'arcade de Fallope gauche. De forme ovoïde, de consistance ferme, elle offrait un grand axe parallèle à cette arcade. Elle était mobile facilement dans le sens vertical; dans le sens transversal au contraire, elle présentait une immobilité complète; cette recherche permettait aussi de sentir un pédicule très tendu, très résistant qui semblait la relier à la crête iliaque, un peu au-dessus de l'épine

iliaque antérieure et supérieure. On ne remarquait aucune altération de la peau qui glissait à sa surface, et la tumeur était indolente spontanément et à la pression.

Pas de troubles digestifs ; mictions faciles ; règles normales.

Opération. — Après avoir fait une incision suivant le grand axe de la tumeur, M. Tillaux divisa les différents plans de la paroi abdominable (peau, tissu cellulaire, facia superficialis, aponévrose du grand oblique, muscle petit oblique). Au-dessous de lui apparut la face superficielle de la tumeur qui fut abordée par son extrémité interne. Soulevée aisément, on put voir au-dessous d'elle le facia tranversalis qui la séparait du péritoine pour lequel par conséquent on n'avait aucune crainte. On fit basculer la tumeur de dedans en dehors, en détachant facilement les faibles adhérences qui l'unissaient par sa face profonde. Vers la région externe, l'opération devint plus difficile, les fibres du muscle transverse venaenit prendre implatation sur la tumeur, il fut impossible de les disséquer ; elles furent réséquées. Le fibrome était pour ainsi compris dans un nid musculaire représenté par l'évasement en avant et en arrière des fibres du transverse, et n'avait aucun prolongement fibreux vers la crête iliaque.

Suture profonde de l'aponévrose du grand oblique au moyen de fils de catgut ; un drain fut placé dans la plaie et celle-ci fermée avec des crins de Florence. Pansement comme pour l'ovariotomie. Pendant les jours qui ont suivi l'opération, léger écoulement sanguin qui tacha le pansement durant une semaine environ.

Hormis cela, aucune complication. Guérison.

La tumeur était un fibrome pur.

Observation de M. Tillaux, recueillie par M. Barraud, interne du service.

Mme B... N... est mère de deux enfants, et entre le 2 mai 1887 dans le service de M. Tillaux pour une tumeur du ventre.

Cette dame, âgée de 31 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels. De constitution très robuste, elle a senti sa tumeur pour la première fois il y a dix-huit mois. Elle avait alors le volume d'un petit œuf de poule, siégeait dans le flanc droit et ne s'accompagnait d'aucun phénomène douloureux. Peu à peu la tumeur grossissant est devenue gênante par son poids, et, sans provoquer de troubles nerveux graves, elle a influé sur le moral de la malade qui désirait à tout prix en être débarrassée.

Située dans le flanc droit, la tumeur avait le volume d'une tête de nouveau-né. Son grand axe était parallèle à l'arcade de Fallope. Elle ne fait aucune saillie sous la peau qui, d'ailleurs, est normale et mobile à sa surface. Elle est régulière au toucher, très dure, mobile verticalement, immobile dans le sens transversal et semble se rattacher par un pédicule étalé et très court à la crête iliaque. Elle paraît superficielle ; indolente spontanément ; toutefois la pression provoque une légère douleur le long de son bord supérieur.

Aucun retentissement sur les fonctions génito-urinaires.

Opération. — Le fascia superficialis sectionné, la face externe de la tumeur apparaît aussitôt, elle fait hernie à travers l'aponévrose du grand oblique. M. Tillaux la fait basculer de dedans en dehors, et rencontre tout de suite, au-dessous, la séreuse péritonéale qui était en contiguité immédiate. La dissection est faite lentement avec un instrument mousse jusqu'à

la partie externe où les fibres du transverse adhèrent intimement à la tumeur ; elles ne peuvent être détachées, on les résèque, et la tumeur s'énuclée d'elle-même sans qu'il soit nécessaire de couper le moindre pédicule.

Aucun accident ne survint dans les jours qui suivirent l'opération.

Ecoulement de sang par le tube à drainage pendant quelques jours. Guérison.

Observation de M. Daniel-Mollière, de Lyon.

Marie C..., 21 ans, a eu la rougeole à 5 ans. Depuis lors, excellente santé. Elle a toujours été bien réglée. Aucune diathèse. Un enfant.

Il y a huit mois elle constata dans l'hypochondre droit la présence d'une petite tumeur ayant le volume d'une amande ; son médecin lui prescrivit divers révulsifs cutanés, et à l'intérieur de l'iodure de potassium. La tumeur n'en augmenta pas moins progressivement ; elle atteint actuellement le volume d'un œuf de poule.

Etat actuel. — Tumeur un peu allongée dans le sens transversal, située à 5 centimètres au-dessous de la dixième côte, à 12 centimètres de la ligne médiane. La peau est saine et glisse facilement sur elle; surface lisse et sans bosselure. Consistance dure rappelant celle de l'enchondrome. On peut la circonscrire facilement ; à la partie supérieure, léger empâtement semblant se prolonger vers les fausses côtes, mais ne donnant pas la sensation d'un pédicule. La tumeur est fortement fixée à la partie profonde; on peut à peine lui imprimer de légers déplace-

ments. Elle se soulève avec les parois abdominales et s'abaisse avec elles.

Opération. — Incision de 7 centimètres. La face profonde du néoplasme repose sur l'aponévrose du grand oblique au point précis où les faisceaux musculaires s'unissent au plan fibreux; le doigt est arrêté en ce point. M. Mollière soulève légèrement la tumeur en la faisant basculer en bas et sectionne au bistouri les adhérences intimes du néoplasme avec le muscle et son aponévrose. Hémostase facile, pansement antiseptique.

Le 13 décembre le pansement est ouvert, réunion immédiate.

Le surlendemain fluctuation, évacuation de liquide rougeâtre. Lavages antiseptiques. Compression. Le 24, réunion sans une goutte de pus. La malade sort de l'hôpital.

Examen de la tumeur. — Recouverte d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire. A la face profonde faisceaux musculaires et fibreux adhérents. Couleur d'un blanc mat, consistance très ferme. Les coupes histologiques montrent que la tumeur se compose uniquement de tissu conjonctif modelé. Les longues fibres ondulées, entrecroisées rappellent la suture des aponévroses. Vaisseaux rares et peu volumineux. Le pédicule est formé à la partie externe par les faisceaux musculaires entre lesquels se trouve un peu de tissu conjonctif; à la partie interne on ne voit que du tissu conjonctif modelé.

Observation de M. Monteil (Société de chirurgie, 28 février 1887).

Mme B..., 35 ans, portait depuis longtemps une petite tu-

meur à 2 centimètres à gauche de l'ombilic. Tumeur longtemps stationnaire. Elle prit un accroissement rapide après l'accouchement. Dans son grand diamètre elle mesure 18 centimètres, et 14 dans le plus petit. L'extrémité inférieure était superficielle, la supérieure se perdait profondément dans la paroi abdominale. Pendant son ablation, on la trouve adhérente au péritoine qui est réséqué circulairement sur une étendue de deux centimètres. Guérison sans incident.

La tumeur examinée histologiquement, a été reconnue pour un fibro-sarcome.

Observation de M. Bouilly (1880).

Femme de 45 ans. Excellente santé, ni enfants, ni fausses-couches. Règles régulières, abondantes, légèrement douloureuses. A la suite de la suppression des règles, douleurs de ventre, vomissements. Réapparition des règles, métrorrhagie abondante.

On constate la présence d'une tumeur que la malade déclare antérieure à la suppression des règles.

Située au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, du volume d'une tête de fœtus, la tumeur est dure, résistante, lisse, indolore ; on la limite facilement, et on peut la suivre derrière le pubis. Mouvements de latéralité peu étendus. L'utérus jouit de mouvements indépendants de ceux de la tumeur qui fait saillie dans le vagin. Pendant le cathétérisme de la vessie, la sonde se dirige presque verticalement. Entre le doigt vaginal et la tumeur existe une masse molle, demi-fluctuante qui est la vessie. La tumeur, à n'en pas douter, est indépendante de l'uté-

rus, et siège en avant de la vessie, probablement dans la cavité de Retzius.

Soit sous l'influence du repos, soit sous l'influence de l'ergotine administrée en injection hypodermique, la tumeur a notablement diminué. Lorsque la malade quitte l'hôpital, la tumeur n'a plus que le volume du poing.

Observation de M. Nicaise.

Mme X..., entre à l'hôpital Necker en octobre 1877.

Pas d'antécédents morbides ; six enfants.

Il y a quatre ans, apparition d'une petite tumeur siégeant vers la partie antérieure de la crête iliaque gauche. Marche lente pendant trois ans.

Accroissement rapide depuis un an et surtout depuis quelques semaines.

Elle s'étend aujourd'hui depuis la crête iliaque jusqu'au rebord des fausses côtes. Peau distendue, plus chaude au toucher que les parties voisines ; à la partie déclive, elle est rouge ; les veines sous-cutanées sont très volumineuses.

Globuleuse dans son ensemble, elle présente à sa surface quatre mamelons volumineux. Par la palpation, on reconnaît qu'elle fait saillie vers la cavité abdominale.

Consistance inégale, en général dure, fibreuse, mais dans sa partie la plus saillante et en bas, elle présente une sorte de fluctuation. On ne peut la déplacer dans le sens vertical ; immobilité par la contraction des muscles abdominaux.

Bien réglée jusqu'en janvier 1877, la malade a eu une perte

qui a duré quinze jours, puis les règles ont disparu pendant quatre mois.

Etat général bon.

Au cours de l'opération qui est pratiquée le 7 novembre, on observe que la tumeur est unie aux aponévroses du petit oblique et du transverse non par un pédicule, mais par une épaisse bandelette de tissu fibreux qui s'insère sur la crête iliaque. Le péritoine n'est pas découvert, mais seulement le *fascia propria*.

La coupe de la tumeur présente un aspect différent vers la partie profonde et vers la partie superficielle. Il semble qu'elle s'est développée de dedans en dehors par l'augmentation des lobules externes et par l'addition de nouveaux lobules à sa face profonde. Dans les parties superficielles, il y avait des dépôts crétacés, granulo-graisseux.

L'examen histologique montre que cette tumeur présente en certains points la structure du fibrome, et dans d'autres celle du sarcome fasciculé. Les vaisseaux sont formés uniquement par l'écartement des cellules et n'ont pas de paroi propre ; on y trouve des coagulations sanguines.

Observation de M. le professeur Panas.

Marie P..., 21 ans, entre à l'hôpital le 4 avril 1873.

Santé excellente jusqu'à 19 ans. Aucune diathèse ni chez elle ni chez ses ascendants. En 1871, variole dont elle se rétablit bien.

Il y a cinq mois, elle remarqua dans l'aine droite la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dont elle

ne s'inquiéta pas tout d'abord, mais qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume du poing.

La tumeur siège à la partie inférieure et latérale de l'abdomen, du côté droit, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Forme ovoïde, à grosse extrémité en haut et en dehors. Pas de bosselures, les téguments sont sains à son niveau. Consistance dure rappelant celle de l'enchondrome. Matité absolue à son niveau.

On peut circonscrire la masse en haut, en dedans et en bas avec les doigts recourbés en crochet; en ces points elle ne paraît pas adhérente aux organes profonds. On remarque par les mouvements de la malade que la tumeur suit les mouvements du bassin. Elle reste fixée au bassin dans la portion la plus externe de la crête iliaque, et il est impossible de la détacher, soit en haut, soit en bas, en la repoussant avec les doigts. Néanmoins on peut imprimer à la partie la plus interne de légères oscillations d'avant en arrière, ayant le pédicule comme centre de mouvement. A la partie inférieure et interne, on sent sous les doigts un léger sillon oblique en haut et en dedans qui indique un lobe secondaire et dirigé en bas et en dedans.

Diagnostic : tumeur probablement fibreuse, intra-pariétale.

Opération. — On reconnaît que la tumeur est située dans l'épaisseur même des muscles, en avant du transverse, entre les faisceaux du grand oblique qu'elle s'est accolée en avant et en arrière. Enucléation facile en haut, en bas on est obligé de la décoller avec les doigts et même d'avoir recours aux ciseaux. Le pédicule est représenté par une adhérence très intime avec l'extrémité externe du ligament de Fallope. L'adhérence se

prolonge sur une étendue de cinq centimètres et est formée par un tissu fibreux très dense.

Longueur du néoplasme neuf centimètres, largeur six centimètres.

A la surface, union intime des fibres du grand oblique en avant surtout.

L'examen hystologique de la tumeur est pratiqué par M. Malassez : on trouve des trabécules de tissu conjonctif dans lequel cheminent des vaisseaux en assez grand nombre. Des fibres musculaires lisses, nombreuses, groupées en îlots, séparent les fibres du tissu conjonctif. Sur certains points, la vascularisation est énorme ; tendance à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Observation de M. Sappey.

Homme de 51 ans, entre à l'hôpital des cliniques le 19 mai 1849.

Il s'aperçut, il y a douze ans, de l'existence d'une petite tumeur, molle, indolente, sans changement de coloration de la peau. Depuis six mois seulement, la tumeur croît rapidement et devient le siége de quelques élancements.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'un gros melon, située dans la région ombilicale, de forme ovoïde, à grand diamètre transversal étendu d'un hypocondre à l'autre. La tumeur présente un pédicule qui s'insère au niveau de la cicatrice ombilicale. Elle est lisse et arrondie dans son tiers droit, mamelonnée et ulcérée dans le reste de son étendue, et couverte de croûtes d'un brun jaunâtre qui alternent avec la coloration

violacée de la peau. Sa consistance est uniformément dure en haut, fluctuante en bas. L'état général du malade est satisfaisant. Malgré l'absence de fongosités et d'hémorrhagies, on diagnostique une tumeur encéphaloïde ayant subi un commencement de ramollissement.

Opération le 26 mai. — Incision ovalaire circonscrivant toutes les parties de la tumeur dont la peau est ulcérée. On dissèque les lambeaux de peau saine jusqu'au voisinage de l'insertion du pédicule; pendant ce temps de l'opération, on trouve un petit kyste séreux sous-cutané qui donnait lieu à la fluctuation de la partie inférieure. A la face profonde l'adhérence est constituée par du tissu cellulaire lâche, excepté au centre, où le tissu morbide pénètre dans l'interstice des fibres de la ligne blanche. On est obligé de racler avec la pointe du bistouri ce tissu dont la pénétration n'est pas profonde. Il reste après l'opération une perte de substance ovalaire, et on est obligé de disséquer le lambeau supérieur pour rapprocher les lèvres de la plaie. Elles sont ensuite réunies par douze points de suture entortillée.

M. Sappey fait remarquer qu'il est convenable de ne point disséquer les lambeaux et de panser à plat, ou de maintenir autant que possible les bords rapprochés par des bandelettes de diachylon comme le recommande Boyer.

La tumeur incisée largement offre à la coupe une surface blanche, homogène, très dure, plus grise que le tissu encéphaloïde, ne fournit pas au raclage le suc laiteux caractéristique et sans aucune vascularisation. M. Robin n'y trouve pas de cellules cancéreuses, mais seulement du tissu fibro-plastique.

Le 15 juillet le malade sortit guéri.

Observation de Limange.

Homme de 55 ans. Il y a 14 ans le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur à droite et au-dessus de l'ombilic. Pendant 10 ans son accroissement est lent, n'atteint que le volume du poing. Depuis quatre ans, l'accroissement a été rapide et le malade a ressenti des douleurs sourdes, profondes, pongitives; des troubles digestifs sont apparus.

Etat actuel. — La tumeur est dure, non bosselée, du volume de la tête d'un enfant de 4 à 5 ans. La peau est rouge et sur le point de s'ulcérer dans plusieurs endroits, ce qui, joint à la teinte jaune du malade, a donné l'idée à plusieurs praticiens d'une tumeur cancéreuse. Troubles digestifs très marqués, la tumeur comprimant le côlon transverse et l'estomac. Amaigrissement prononcé, faciès altéré.

Opération le 28 *octobre.* — Tumeur implantée sur l'aponévrose profonde; la dissection, quoique pénible, permet de laisser le péritoine intact. Un pédicule mince adhère fortement à l'aponévrose; au moment de sa section apparaît un jet artériel abondant; l'hémorrhagie fut arrêtée non sans quelque difficulté. Deux mois après la guérison était complète.

La tumeur pesait 2 kilog. 500 grammes, elle était constituée par du tissu fibreux sans trace de vaisseaux et sans aucun point ramolli.

Observation de M. Verneuil (Bouilly).

Homme de 55 ans, d'excellente santé, s'aperçut il y a quinze

mois de l'existence au-dessus de l'ombilic et un peu à droite d'une tumeur du volume d'une grosse noix.

Indolore, à marche progressive elle occupe aujourd'hui les trois quarts de l'abdomen, s'étend du pubis derrière lequel elle s'engage jusqu'au-dessus de l'ombilic. A la palpation, elle paraît mamelonnée et de consistance fibreuse. Ses limites supérieures sont nettement perceptibles, mais les parties latérales sont diffuses, en bas elle pénètre dans l'excavation pelvienne. Légers mouvements de latéralité. Quoique le malade n'ait qu'un seul testicule dans le scrotum, M. Verneuil écarte l'idée d'une tumeur testiculaire en ectopie, ou comme l'anneau ombilical est très large, celle d'une tumeur péri-ombilicale développée autour d'une hernie. Le diagnostic est : fibrome développé dans la cavité de Retzius et distendant cette cavité.

Observation de Nélaton (*Gazette des hôpitaux* 1862).

Le 23 janvier 1862, entre dans le service Nélaton une femme de 26 ans. Il y a un an, elle a eu un enfant ; peu de temps après son accouchement, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale ; elle a le volume d'un dé à coudre. La malade souffre de douleurs lancinantes qui s'irradient parfois aux parties voisines, à la cuisse, à tout le membre inférieur du même côté. Depuis quelque temps la tumeur s'accroît rapidement. Son grand axe est parallèle à l'arcade ; elle est solidement fixée à la crête iliaque, et ne peut être refoulée vers la ligne médiane. Ses douleurs venaient surtout au moment des règles.

En même temps, Nélaton rapporte deux cas opérés. Le pre-

mier, avec Michon ; la tumeur était très adhérente au péritoine qui fut ouvert pendant l'opération. Il passa par l'ouverture un bouchon épiploïque qui l'obtura. La guérison fut obtenue. Cinq ans après la récidive ne s'était pas produite.

Dans le second cas, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus. On fit une incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Dans les deux cas on fit la résection du pédicule au niveau de la crête iliaque. Cinq ans après, pas de récidive.

Observation de M. le professeur Trélat. Thèse de Damalix. (Résumée).

Femme de 32 ans, bien réglée, sans antécédents morbides, de bonne santé. Pas de syphilis. Mère de deux enfants bien portants.

Entrée dans le service de M. Trélat, le 10 janvier 1883, cette femme s'aperçut il y a quatre à cinq mois de la présence d'une tumeur ayant déjà un petit volume. Le néoplasme siége à droite, en dehors de la ligne blanche, de forme ovoïde, allongée verticalement, du volume d'un gros œuf. Tumeur dure, mobile, non fluctuante, peu douloureuse à la pression. Si l'on fait contracter les muscles de l'abdomen, la tumeur devient fixe et son immobilité est absolue.

Indépendance complète à l'égard de l'utérus, des ovaires. A la partie supérieure existe comme un élargissement diffus qui empêche que l'on puisse nettement saisir la tumeur en ce point ; elle semble adhérer à la face profonde des muscles. Irréductibilité absolue. Santé générale excellente.

Opération pratiquée le 16 janvier. — Enucléation possible,

malgré une forte adhérence au bord interne et à la face profonde du grand droit.

Après l'ablation, la face externe du péritoine apparaissant comme une boursoufflure à plusieurs lobes au fond de la plaie.

Deux points de suture profonds, huit superficiels. Pansement comme pour l'ovariotomie.

Trois jours après l'opération, ballonnement du ventre, apparition de la douleur, vomissement. La malade meurt le cinquième jour après l'acte chirurgical.

Analyse histologique pratiquée par le Dr Latteux. — La tumeur présente à la coupe deux tissus d'aspect dissemblable : le premier plus compact, blanchâtre, formé d'un tissu conjonctif assez dense, à fibres flexueuses, au milieu d'elles un assez grand nombre de petits noyaux, quelques vaisseaux à parois très minces; le deuxième, plus lâche, offre comme structure un stroma d'éléments embryonnaires fusiformes parsemé d'abondants orifices vasculaires contenant encore du sang. Entre ces deux types, on rencontre tous les degrés d'évolution de la cellule embryonnaire jusqu'à la fibre conjonctive parfaite.

Observation de M. le professeur Trélat. Fibrome de la paroi abdominale antérieure. Thèse de Damalix (Résumée).

Femme de 26 ans. Deux couches normales ; une fausse-couche, péritonite ; douleurs abdominales depuis deux ans.

Au mois de février 1883, la malade, après un effort de toux, prend pour une hernie une tumeur de la grosseur d'une pomme moyenne, située sur le côté droit de l'abdomen.

M. Trélat diagnostique un fibrome de la paroi abdominale.

Tumeur siégeant à la partie supérieure et latérale droite de la paroi.

Ovoïde à grand diamètre vertical mesurant de 10 à 12 centimètres et dirigé de haut en bas.

Peau normale, glissant facilement sur la tumeur qui est dure, mate à la percussion, non lobulée, fixée par la contraction des muscles, superficielle, ne semblant pas avoir de prolongements profonds.

Douleurs à forme névralgique fréquentes dans les derniers temps, partant de la tumeur pour s'irradier dans la cuisse droite et le bassin et déterminant des crises nerveuses.

Etat général excellent.

Opération. — Incision verticale faite suivant le grand axe de la tumeur qui semble contenue dans la gaîne du muscle droit: on la sépare difficilement de la gaine fibreuse; en haut une petite quantité de fibres musculaires adhérant à la tumeur, en bas la tumeur semble s'implanter sur la gaîne profonde du muscle droit; dissection laborieuse du point d'implantation. Aucune ouverture du péritoine.

La malade meurt de péritonite le septième jour après l'opération.

La tumeur était une fibrome pur.

Observation de M. Tillaux (Thèse de Damalix).

Femme de 24 ans mère d'un enfant, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 octobre 1885.

Il y a un an les règles se suspendirent pendant deux mois,

reparurent les mois suivants et furent suivies à quelques jours d'intervalle d'une perte continue qui dura vingt et un jours.

Il y a huit mois la maladie éprouvant une légère douleur près de la crête iliaque droite et un sentiment de pesanteur dans la région lombaire, s'aperçut qu'au point douloureux abdominal siégait une tumeur du volume d'une noisette. Des phénomènes douloureux du côté du membre inférieur droit, apparaissent; lorsque la malade vient consulter M. Tillaux, la tumeur a le volume d'un œuf de poule.

De consistance ferme, résistante, uniforme, la tumeur est indolente à la pression. On reconnaît facilement les points iliaque, lombaire, et fémoro-cutané de la névralgie iléo-lombaire.

M. Tillaux diagnostique une tumeur péri-pelvienne ayant probablement pour point de départ le tissu fibreux de la crête iliaque. Un pédicule semble la fixer à cette dernière.

Opération. — Incision dans le sens du grand axe de la tumeur, décortication pénible, adhérence intime aux muscles de la paroi abdominale. On ne constate au cours de l'opération, aucun prolongement du côté de la crête iliaque. A la partie supérieure expansion fibreuse très adhérente infiltrée, pour ainsi dire, dans la gaîne aponévrotique du grand droit.

Adhérence légère au péritoine qui vient faire saillie par l'ouverture de la plaie.

Pansement antiseptique. Guérison.

La tumeur examinée par M. Babinski a été rangée parmi les fibromes.

Observation de M. le professeur Verneuil (1881).

Femme de 28 ans, a eu un premier enfant il y a trois ans ; un an environ après cette grossesse, une petite tumeur apparaît entre l'ombilic et le pubis. Second accouchement en juin 1881, accroissement rapide pendant cette dernière grossesse.

Tumeur ayant environ le volume de deux poings, dure, adhérente aux couches profondes.

Au cours de l'opération, on est obligé de réséquer la ligne blanche dans une étendue de trois centimètres carrés ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est mis à nu.

Sutures au catgut. Pansement de Lister.

La tumeur présentait les caractères du fibrome.

Le lendemain, épanchement de sang assez abondant au niveau de la plaie, on enlève deux points de suture.

La malade meurt de péritonite le quatrième jour après l'opération.

Observation de M. le Dr Nicaise (Thèse de Damalix).

Jeune femme de 24 ans, entre le 3 février 1886 à l'hôpital.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans, menstruation toujours régulière. Mariée à 19 ans et demi. Fausse-couche quatre mois après, au bout de huit jours elle se lève malgré une perte de sang. Péritonite. A 21 ans, elle met au monde un enfant bien portant. Vingt et un mois après, nouvel enfant également bien portant.

Au mois d'octobre elle s'aperçoit de la présence dans le flanc droit, d'une tumeur dure, indolente, de la grosseur d'une noix.

Règles normales. A partir du mois de décembre, accroissement rapide de la tumeur; elle occupe maintenant presque toute la région hypogastrique.

Son grand diamètre mesure 18 centimètres, est transversal; la tumeur remonte jusqu'à 13 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

A la palpation, elle paraît superficielle ; bilobée, elle semble fixée par un pédicule à l'épine iliaque antérieure et inférieure. Légèrement mobile transversalement, immobile dans le sens vertical ; au niveau du pédicule, il est impossible d'insinuer ses doigts entre la tumeur et l'arcade crurale. Consistance dure. Les culs-de-sac du vagin sont libres. Col légèrement porté en arrière et à droite, ulcéré, granuleux. Utérus mobile, paraît indépendant de la tumeur.

Le fibrome est situé dans l'épaisseur du petit oblique et du transverse; au cours de l'opération, on n'a pas découvert le péritoine. On place deux drains dans la plaie.

A la coupe, la tumeur présente un aspect lardacé sur lequel tranchent des stries rosées. Petite cavité du volume d'une noisette, contenant un liquide jaunâtre.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par M. Delbet, montre qu'au milieu de portions fibreuses se trouvent des îlots de cellules rondes, granuleuses, sans noyau, qui sont des cellules embryonnaires.

Aucun vaisseau dans les parties purement fibreuses. Peu nombreux également dans les parties qui sont composées de cellules, ils sont dans ces dernières de dimensions considéra-

bles et de forme irrégulière. Ces vaisseaux n'ont pas de paroi propre, ils sont simplement limités par des cellules embryonnaires sans noyau qui n'ont nullement le caractère des cellules endothéliales.

Observation de M. Terrillon (thèse de Damalix).
(Résumée)

Madame X..., 35 ans, bien portante, sans enfant ; pas de fausse-couche. Il y a quatre ans environ, la malade s'aperçut qu'elle portait au niveau du pli de l'aine du côté droit, une petite tumeur qui resta à peu près stationnaire pendant deux ans et demi. Depuis cette époque, accroissement rapide, douleurs de voisinage, gêne dans la flexion de la cuisse sur le bassin.

L'examen révèle la présence d'une tumeur du volume du poing; allongée, aplatie, n'ayant aucune connexion avec la peau, située dans la couche sous-cutanée. Elle semble avoir avec l'arcade de Fallope une connexion assez lâche. La fixation de la tumeur par la contraction des muscles abdominaux n'est pas absolue.

Lisse, d'une dureté égale et fibreuse, peu douloureuse à la pression, la tumeur provoque des douleurs névralgiques violentes.

Opération. — Incision suivant le grand axe de la tumeur. On trouve un pédicule fibreux, mince, qui l'unit à l'arcade de Fallope. Le péritoine, très adhérent, est ouvert sur une étendue de 4 à 5 centimètres avec perte d'un lambeau de 2 ou 3 centimètres de large.

Quatre ligatures de catgut très fin sont placées sur les bords du péritoine.

Deux drains et la suture de la paroi abdominale avec le catgut et un pansement de Lister complétèrent l'opération.

La malade sort guérie de l'hôpital quinze jours après.

La tumeur était un fibrome fasciculé, très pur, et contenant très peu de vaisseaux.

Observation de M. Terrillon. (Thèse de Damalix).
(Résumée).

Mme M.., 37 ans ; un enfant, bien portant.

Au mois de novembre 1884, apparition, près de l'épine iliaque antérieure droite, d'une petite tumeur indolore. Vers le sixième mois, elle devient gênante, douloureuse.

Au moment de l'examen la tumeur a le volume d'une tête d'adulte, fait une saillie peu prononcée sur l'abdomen, mais elle paraît plonger dans le bassin et la fosse iliaque.

Limitée en bas par l'arcade de Fallope, en haut elle remonte jusqu'à l'ombilic, et adhère un peu à l'épine iliaque supérieure. Immobilité et fixation par la contraction musculaire. Le toucher vaginal ne fournit aucune indication. Cependant, en déprimant le cul-de-sac latéral droit et en refoulant en même temps la tumeur du côté du bassin, on arrivait à la saisir entre les deux mains.

Aucun trouble de la santé générale.

Opération. — Longue incision parallèle à l'arcade de Fallope, commençant en dehors de l'épine iliaque pour dépasser la ligne blanche. Le grand oblique aminci est sectionné, les fibres

du petit oblique, amincies, adhérent à la tumeur. La tumeur était reliée par un prolongement fibreux épais à la partie externe de l'arcade de Fallope et à l'épine iliaque antérieure. A cause des adhérences péritonéales, on laisse dans certains points quelques morceaux adhérents de la tumeur, afin de les disséquer plus à l'aise lorsque la masse est enlevée. Le péritoine n'est pas perforé. Deux tubes à drainage sont placés contre le péritoine. Un petit épanchement sanguin empêcha la réunion par première intention d'être complète.

La tumeur était développée aux dépens du muscle transverse, était constituée par du tissu fibreux fasciculé, très dure mais elle contenait par places du tissu sarcomateux ; son poids était de 5 kilogrammes.

Thèse de Bodin. — Observation I.

Jeune femme de 26 ans. Réglée à 18 ans. A 22 ans, elle eut un enfant, l'accouchement nécessita une application de forceps.

Il y a un an, elle s'est aperçue de l'existence au-dessus de l'aine droite, d'une petite tumeur du volume d'un œuf. Indolore d'abord, puis au bout de quelques mois, douleurs intermittentes sur le trajet du nerf abdomino-génital.

Elle entre dans le service de M. Gosselin qui reconnaît l'adhérence de la tumeur à l'épine iliaque antérieure et supérieure par un pédicule.

M. Gosselin se contente de la section sous-cutanée du pédicule, et ordonne de l'iodure de potassium. La malade sort de l'hôpital.

La tumeur reste stationnaire pendant trois mois, la malade rentre à Beaujon dans le service de M. Gosselin.

Tumeur siégeant au-dessus du pli de l'aine du côté droit, ayant 8 cent. de hauteur et 9 cent. de largeur. L'extrémité externe répond à l'épine iliaque antéro- supérieure, à laquelle paraît la réunir un pédicule court et étroit. Le bord inférieur répond aux deux tiers externes de l'arcade crurale. Le bord supérieur remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade. Pas d'adhérences à la peau ; mobilité sur les parties profondes. Consistance dure, élastique. Surface généralement lisse, présentant quelques bosselures. La palpation n'est pas douloureuse. Pas de connexions avec les organes génitaux.

Utérus élevé, légèrement antéfléchi et dévié à gauche. Mobile.

Douleur sourde à l'hypogastre ; névralgie de plus en plus intense au niveau de la tumeur ; les époques menstruelles l'exagèrent.

Opération. — Incision comme pour l'iliaque externe ; le grand oblique sectionné, on fit une seconde incision perpendiculaire à la première. On ne put s'assurer si la tumeur siégeait en avant ou en arrière de l'aponévrose du transverse. Pas d'adhérence à l'os iliaque.

On l'enlève tranche par tranche, on en laisse une partie au fond de la plaie dans la crainte d'intéresser le péritoine.

La tumeur, très musculaire, a une coloration rosée. Au microscope, éléments fibreux et fibro-plastiques en parties égales.

La partie de la tumeur qui n'avait pas été enlevée bourgeonna et augmenta de volume.

M. Gosselin appliqua sur elle des flèches de canquoin, qui

la firent disparaître complétement. La malade dut porter un bandage à cause d'une légère éventration.

Observation II

Thèse de Bodin.

Femme de 27 ans, entre le 15 juin 1860, dans le service de Huguier. Un enfant; à la suite de son accouchement elle eut une métro-péritonite. Second enfant; deux mois avant son entrée à l'hôpital. Au troisième mois de cette grossesse, elle remarqua au-dessus de l'arcade crurale gauche l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Stationnaire jusqu'à l'accouchement, elle grossit ensuite plus rapidement. Située entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, elle mesure 14 centimètres dans le sens transversal et 10 dans le vertical. Consistance dure, élastique. Pédicule court et arrondi reliant la tumeur à l'épine iliaque, un second pédicule s'insère sur l'épine du pubis. La rougeur de la peau est due au passage de deux sétons.

Opération. — Incision parallèle au grand axe de la tumeur. Section du grand oblique, du petit oblique, du transverse. Enucléation de la tumeur sans intéresser le péritoine.

Une couche de tissu cellulaire dense l'enveloppe, on remarque à ses extrémités quelques fibres musculaires. A la coupe, sa partie périphérique est d'un blanc grisâtre; sa partie centrale, rosée, est parsemée de points rouges. L'examen histologique démontre qu'elle est constituée principalement par du tissu fibreux.

Une hernie de l'intestin s'est produite au niveau de la cicatrice.

Thèse de Bodin. — Observation III.

Catherine O..., 39 ans. Réglée à 14 ans. Un accouchement normal à 30 ans. A 34 ans, fausse-couche au cinquième mois de la grossesse. Son médecin lui fit remarquer au-dessus de de l'arcade crurale gauche l'existence d'une tumeur du volume d'une noix.

Cinq ans plus tard, élancements au niveau du néoplasme, surtout au moment des règles. Augmentation rapide de la tumeur.

Etat actuel. — La tumeur siège entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la ligne blanche. Peau normale. Consistance dure et résistante. Pédicule gros et court fixé à la crête iliaque.

Traitement. — Simple section du pédicule.

La tumeur resta stationnaire, et le siége de douleurs marquées surtout au moment des règles.

Thèse de Bodin. — Observation IV.

Marie J..., 53 ans. Trois enfants.

Tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche, du volume du poing. Un pédicule court et aplati la relie à la dernière fausse côté gauche, second pédicule au niveau de la crête iliaque. Surface lisse, arrondie. Consistance dure. Quelques veines sillonnent la peau qui la recouvre. Tumeur mobile surtout dans le sens transversal. Quelques élancements au niveau du pédicule supérieur.

Marche lente. Début il y a 14 ans, à la suite d'un violent effort suivi d'un craquement dans la pointe où la tumeur s'est développée. Marche plus rapide depuis quatre ans.

Thèse de Bodin. — Observation V.

Tumeur adhérente à la face interne de la troisième fausse côté gauche, en dehors du muscle droit. Deux enfants. Tumeur allongée de 5 cent. sur 2 cent. de large. Léger rétrécissement à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

Thèse de Bodin.— Observation VI.

Femme de 33 ans, de bonne santé habituelle, mère de neuf enfants dont six venus à terme. Trois semaines après avoir reçu un coup sur la partie gauche de l'épigastre, elle remarque en ce point à 2 cent. au-dessous du rebord des fausses côtes la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Marche lente pendant trois mois. Grossesse nouvelle, depuis le septième mois la tumeur s'accroît rapidement.

État actuel. — Etendue depuis l'appendice xyphoïde du sternum, jusqu'à 9 cent. du pubis. Peau normale, quelques veines variqueuses à sa surface. Tumeur bilobée, consistance dure, surface légèrement bosselée. Son volume considérable fait rejeter l'opération.

Cornil. Thèse de Riel, 1885.

Obs. I. — Femme de 25 ans. Tumeur fibreuse de la région

ombilicale née de la ligne blanche ; ouverture du péritoine. Mort.

Obs. II. — Femme de 34 ans. Fibrome intra-pariétal à droite de l'ombilic, adhérent au péritoine, blessé pendant l'opération on laisse une partie de la tumeur. Guérison. Mort deux ans après de suites de couches. Ce qui restait de la tumeur avait augmenté pendant cette grossesse.

Obs. III. — Femme de 29 ans. Tumeur fibro-plastique au-dessous de l'ombilic, surtout à droite. Volume d'une tête d'adulte. On l'enlève par morceaux, mais pas entièrement. Guérison.

Observation de Baker-Brown.

Femme de 36 ans, 3 enfants. Début il y a 14 mois, volume d'une tête de fœtus de 7 mois; siége entre l'ombilic et le pubis. Fixée à la paroi. Tentative d'enlèvement qui ne fait qu'accélérer la marche. On opère à nouveau, on constate des adhérences avec les deux muscles droits que l'on est obligé d'entamer. Adhérence de l'épiploon à la partie supérieure. Un peu de péritonite, mais guérison.

La tumeur était un fibrome pur.

Observations de Billroth.

Deux cas, 1873-1874. Tumeur énorme dans le deuxième cas, près de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Adhérences au péritoine qui a été ouvert. Guérison.

Observation de Letailleur, d'Alençon.

Femme de 24 ans. Un enfant. Début de la tumeur après l'accouchement. Tumeur médiane, arrondie, bosselée. Depuis quelques mois, accroissement rapide, phénomènes douloureux. Amaigrissement notable. Deux ulcérations cutanées. La tumeur adhérait à la ligne blanche. Pas d'ouverture du péritoine.

Observation de Chairon (*Soc. de chirurgie*, 1864).

Femme 21 ans. Bien réglée, 3 enfants. Depuis la dernière grossesse, douleurs et apparition d'une tumeur au-dessus de l'aine droite. Accroissement rapide. Tumeur lisse, dure, parallèle à l'arcade crurale, du volume d'un œuf de poule, immobile, à égale distance du pubis et de l'épine iliaque. L'opération montra que la tumeur siégeait entre le péritoine et le *fascia iliaca*, pas d'adhérences au péritoine, mais elle se confondait avec les fibres des muscles abdominaux. Section des deux pédicules.

Guérison.

Thèse de Salesses (Observation de Broca).

Femme de 26 ans, 4 enfants, 3 fausses-couches, la dernière en 1875. Apparition au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite d'une petite tumeur qui prend des dimensions

énormes pendant une nouvelle grossesse. Elle mesure 34 centimètres de longueur, plonge dans la fosse iliaque et retombe sur la cuisse. Mobile en masse, adhérente en bas vers l'épine iliaque et dans la fosse iliaque par une portion plus étroite. Consistance ferme, uniforme, trois bosselures à la surface. L'utérus se meut indépendamment de la tumeur. Pas d'opération.

Thèse de Suadicani Kiel 1875.

Obs. I. — Femme de 29 ans. Tumeur volumineuse insérée sur le grand oblique qui dut être enlevé en partie. Fibrôme présentant à sa périphérie de nombreuses cellules et fibres à noyau. Guérison (Langenbeck 1850).

Obs. II. — Femme de 24 ans. Tumeur siégeant à droite, adhérente au fascia transversalis. Déchirure du péritoine. Mort par péritonite (Langenbeck 1850).

Obs. III. — Femme de 26 ans. Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant dans la fosse iliaque gauche ; pas d'ouverture du péritoine. Guérison. C'était une tumeur fibreuse paraissant développée aux dépens d'éléments fibreux situés en dehors du péritoine (Santesson 1852).

Obs. IV. — Femme de 34 ans. Tumeur siégeant à la partie antéro-supérieure de l'hypochondre gauche, s'enfonçant sous les fausses côtes. Adhérence au fascia transversalis (Sentesson).

Obs. V — (Esmarch 1875) Femme de 28 ans. Tumeur commençant au rebord des fausses côtes droites, s'arrêtant à 4 cent. de l'arcade crurale. Adhérence au péritoine qui est enlevé avec la tumeur. Guérison. Tumeur fibreuse, éléments fibro-cellulaires en quelques points, fibro-myxomateux en d'autres.

Observation de Bard (*Lyon médical*).

Femme de 27 ans, mère d'un enfant. Tumeur de la région hypogastrique datant de 18 mois. Développement progressif, indolore. Depuis quelques semaines, douleurs irradiées au membre inférieur droit. Tumeur dure, arrondie, médiane, s'étendant depuis le pubis derrière lequel elle s'engage jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. On la sent dans le cul-de-sac antérieur par le toucher vaginal.

Opération. — La tumeur est adhérente aux tendons d'insertion des muscles droits dont quelques faisceaux s'insèrent à sa surface. Pas d'ouverture du péritoine.

Guérison.

Thomas, de New-York (*American journal of Obstetrics*, janvier 1879).

Fibrome chez une femme enceinte de deux mois. Siége à l'épigastre. Début il y a 4 mois. Grosseur d'un œuf de canne. Légères adhérences au péritoine qui fut facilement décollé.

Guérison.

Hanks.

Femme de 24 ans, deux enfants. Tumeur située à droite entre le ligament de Poupart et la ligne blanche, adhérant solidement aux muscles. L'utérus est un peu refoulé à gauche. La tumeur est située entre les muscles transverses et le petit

oblique. Adhérences solides aux fibres musculaires près de l'arcade. Guérison.

Cornelius Williams (*New-York, Médical Journal.* 1880)

Tumeur située il y a trois ans sous le bord des fausses côtes droites; descendue après un accouchement jusqu'au niveau du pli de l'aine; adhérence à l'épine iliaque antéro-supérieure; un autre pédicule se perd en dedans dans les tissus; section des deux pédicules. Pas d'ouverture du péritoine.

Observation de Péan.

Tumeur volumineuse développée au-dessus de l'arcade crurale chez une femme enceinte de sept mois. Diagnostic de fibrome de la paroi abdominale. Ablation. Guérison. Un pédicule large unissait la tume ur au péritoine.

Sklifossowski, 1881.

Extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale. Larges adhérences au péritoine qui est réséqué. Suture cutanée unique. Guérison.

Rokitansky (*Wiener med. Press.* 1880).

Femme de 52 ans. Tumeur datant de six ans et descendant

jusqu'au genou ; elle présentait deux énormes bosselures. Matité à la percussion, consistance dure. Lésions multiples du péritoine au cours de l'opération; abondantes hémorrhagies. Mort le lendemain.

Dudwig Ebner (*Berliner. Klin. Wochens.* septembre 1880).

Extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale, le péritoine est ouvert pendant l'opération. Guérison.

Observation de Gillette, 1883.

Jeune femme portant une tumeur du volume d'une grosse orange, située à gauche de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Elle n'avait pas de pédicule adhérent, mais elle reposait sur le péritoine et adhérait à la ligne blanche. Elle a pu être facilement disséquée sans ouvrir le péritoine.

M. le Dentu (*Bulletin de la Soc. de chir.* 1885).

Extirpation d'un fibrome du muscle droit faisant saillie du côté de la cavité abdominale. Fixité absolue par la contraction musculaire.

BIBLIOGRAPHIE

1850. Sappey. — Gazette des hôpitaux, janvier, p. 29.
1850. Limange. — Gazette des hôpitaux. 14 février.
1855. Verneuil. — Société de Biologie, 2e série, tome II.
1861. Bodin. — Thèse de Paris.
1862. Nélaton. — Gazette des hôpitaux, 18 février, p. 77.
1864. Chairon. — Bulletin de la société de chirurgie.
1865. Cornil. — Thèse de Riel
1870. Baker Brown. — (Médical Times ann. Gazette 8 janvier).
1873. Panas. — Gazette des hôpitaux.
1875. Guyon. — Bulletin de la société de chirurgie.
1875. Suadicani. — Thèse de Riel.
1875. Tillaux. — Société de chirurgie. p. 884.
1876. Salesses — Thèse de Paris.
1877. Guyon. — Des fibromes aponévrotiques intra-pariétaux en particulier dans la région cervico-dorsale. Académie de Médecine. Tribune médicale 257.
1877. Bard. — Fibrome aponévrotique intra-pariétal. Lyon Médical tome XXVI. p. 301
1878. Letailleur d'Aleçon. — Observation communiquée à la Société de chirurgie, p. 623.
1878. Nicaise. — Notes sur les fibromes aponévrotiques et périostiques du tronc. Revue de chirurgie.
1879. Thomas (de Now-York). — American journal of. Obstetrics. T. XII. p. 598.
1879. Hanks. — Américan journal of Obtetrics. T. XIII p. 126.
1880. Bouilly. — Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prépéritonéale de Retzius.
1880. Cornelius Williams. — New-York médical journal. janvier.

1880. Rokitansky. — Wiener médical presse. n° 4.
1880. Ludwig Elner. — (Berliner Klin. Wochens, n° 37).
1880. Péan. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.
1883. Guerrier. — Thèse de Paris.
1883. Gilette. — Société de chirurgie.
1884. Sklifossowski. — Katch. n° 38.
1884. Sanger. — Archiv. für Gynœkologie. Band XXIV. Heft. 1.
1884. David Chuver. — Thé Boston médical and surgical journal. février p. 181.
1885. Le Dentu. — Société de chirurgie.
1886. Damalix. — Thèse de Paris.
1886. Mollière, de Lyon. — Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette. (Gazette des Hôpitaux).
1887. Monteil. — Fibro-sarcome de la paroi abdom. (société de chirurgie. 23 février).
1888. Tillaux. — Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. janvier p. 30).

Vu par le Président de la thèse,
GUYON

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

Imprimerie des Écoles, Henri JOUVE, 23, rue Racine, Paris.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE